

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FLÁVIA PAULA MAGALHÃES MONTEIRO

**CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA CATEGORIA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO:
ESTUDO EM LACTENTES**

FORTALEZA
2013

FLÁVIA PAULA MAGALHÃES MONTEIRO

CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA CATEGORIA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO: ESTUDO
EM LACTENTES

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M776c

Monteiro, Flávia Paula Magalhães.

Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes/ Flávia Paula Magalhães Monteiro. – 2013.
217 f. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araújo

1. Crescimento e Desenvolvimento. 2. Lactente. 3. Pré-Escolar. 4. Diagnóstico de
Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

FLÁVIA PAULA MAGALHÃES MONTEIRO

CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA CATEGORIA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO: ESTUDO
EM LACTENTES

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof.^a Dra. Tahissa Frota Cavalcante
Universidade Regional do Cariri – URCA

Prof.^a Dra. Tracy Heather Herdman
North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I

Prof.^a Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Este estudo contou com o financiamento advindo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Aos meus pais, Antonio Braga Monteiro e Ivonilde Magalhães Monteiro, que sempre acreditaram nos meus objetivos. Ao meu esposo, Caio Cid, por ser meu refúgio e grande companheiro nesta caminhada. Ao meu filho, Davi, que me fez acreditar: no final tudo dá certo!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar minha trajetória e ser fonte da minha inspiração.

Aos meus pais, por serem os maiores incentivadores e colaboradores da minha formação e pela constante ajuda nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Caio Cid, meu grande refúgio, que sempre de maneira afetuosa esteve presente, com suas palavras de admiração e incentivo.

Ao meu filho, Davi, que, pela sua tranquilidade, ensinou-me a conduzir as tarefas diárias com mais leveza, tornando o difícil em prazeroso.

À Prof^a. Dr^a. Thelma Leite de Araujo, minha orientadora, amiga e confidente, que esteve sempre ao meu lado me encorajando nos momentos difíceis e se congratulando comigo nos momentos alegres. Obrigada pelas oportunidades ofertadas e por sempre acreditar em mim.

Ao Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, por ter sido o primeiro Mestre a me inserir no âmbito da pesquisa, apoiando-me e repassando seus grandes conhecimentos, sobretudo de estatística.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas amigas da pós-graduação, Renata Pereira, Paula Pinheiro, Kariane Cezario, Emanoella Joventino e Sylvania Braga, pelos diversos momentos de alegria e de tristeza compartilhados juntas. Vocês me ajudaram a compreender o significado da palavra amizade.

A todos os componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo apoio necessário à minha formação acadêmica. Em especial, às amigas Ana Railka, Alice Gabriele, Huana, Telminha, Rafaella Pessoa e Tahissa Frota. Todos direta ou indiretamente fizeram parte deste grandioso trabalho.

A todos os professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, por proporcionarem oportunidades de crescimento pessoal e profissional constantes.

Às enfermeiras Naiana, Telminha, e ao graduando Péricles, pela imensa contribuição na coleta de dados.

Aos funcionários do Centro de Saúde da Família, em especial à enfermeira Bertília pela abertura do campo e ajuda constante, essenciais para a execução da terceira etapa deste trabalho. Você foi um anjo!

A todas as crianças e seus responsáveis, pelas contribuições valiosas para o desenvolvimento deste trabalho. Sem vocês este trabalho não poderia existir.

RESUMO

O estudo teve como objetivo construir um diagnóstico de enfermagem voltado para o crescimento e desenvolvimento infantil na categoria promoção da saúde. Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas de validação de diagnósticos de enfermagem, conforme preconizado por Hoskins (1989): análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para análise de conceito, utilizaram-se como referências o modelo de análise de conceito proposto por Rodgers (2000) e a revisão integrativa da literatura proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Para seleção das produções, buscaram-se cinco bases de dados: Scopus, Pubmed, Cinahl, Lilacs e Cochrane, com os descritores: crescimento e desenvolvimento; lactente; pré-escolar; e as suas sinonímias nas línguas inglesa e espanhola. A análise de conceito foi subsidiada por 83 estudos. Com relação aos conceitos dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, ainda há muitas controvérsias quanto ao emprego deles, tendo em vista que a literatura traz os fenômenos dissociados ou agregados. O crescimento abrange aspectos fisiológicos relacionados às alterações no tamanho e na forma, remetendo às medidas corporais. O desenvolvimento é definido como um fenômeno amplo e complexo, integrando os domínios: mental, cognitivo, comportamental, perceptivo, motor, físico. O levantamento da literatura contribuiu para a elaboração de 15 características definidoras distribuídas nos domínios: seis no físico, seis no cognitivo e três no psicossocial. A etapa de validação com especialistas compreendeu a apreciação do instrumento constituído por duas partes: 1ª) caracterização dos especialistas e 2ª) proposta diagnóstica: título, definição, domínio 13, características definidoras com suas definições conceituais e operacionais (referências empíricas) por 22 especialistas na área da saúde da criança, predominantemente do sexo feminino (94,4%), doutores (55,6%), concentrados na Região Nordeste (61,1%), onde exerceram suas atividades no último ano como docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) (83,3%). O tempo de formação dos especialistas foi em média de 13,1 anos ($\pm 8,5$). Quanto à estrutura do diagnóstico, a maioria deles apontou o título denominado Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (61,1%) como o mais adequado para o diagnóstico de enfermagem em construção. Todos os especialistas concordaram que o diagnóstico proposto deve estar incluído no domínio 13 – crescimento/desenvolvimento (100%), e na classe que distribui os fenômenos em: 1- crescimento e 2- desenvolvimento (55,6%). A maioria dos especialistas optou pelo conceito 1 (55,6%). Parte dos especialistas sugeriu o acréscimo no instrumento de algumas peculiaridades da fase do lactente referentes às características definidoras. A validação clínica foi realizada com 45 lactentes avaliados durante a consulta de puericultura em um Centro de Saúde da Família. A maioria deles do sexo masculino (55,6%). Metade dos lactentes apresentou idade de 5 meses, com mães/responsáveis com idade média de 24 anos. As características definidoras obtiveram valores de sensibilidade elevados (acima de 90%), valores preditivos positivos acima de 65%, valores preditivos negativos acima de 66%, entretanto, valores baixos de especificidade (menores que 32%). Portanto, são bons indicadores preditivos da ocorrência do diagnóstico de enfermagem proposto. Assim, seis características definidoras, conforme observado no estudo, são apropriadas para compor o diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado.

Palavras-Chave: Crescimento e desenvolvimento. Lactente. Pré-escolar. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to construct a nursing diagnosis child growth and development in the health promotion category. Study methodology, developed in three stages of validation of nursing diagnoses, as recommended by Hoskins (1989): The concept analysis, expert validation and clinical validation. To concept analysis was used as the reference model concept analysis proposed by Rodgers (2000) and integrative literature proposed by Mendes, Silveira and Galvão (2008). For selection of productions, were searched five databases: Scopus, Pubmed, Cinahl, Lilacs and Cochrane with descriptors: growth and development, infant, preschool and their synonyms in English and Spanish. The concept analysis was supported by 83 studies. Regarding the concepts of growth and development phenomena, there is still much controversy regarding the use of them in order that literature brings phenomena dissociated or aggregated. The growth covers physiological aspects related to changes in size and shape, referring to body measurements. Development is defined as a broad and complex phenomenon, integrating areas: mental, cognitive, behavioral, perceptual, motor, physical. The literature has contributed to the development of fifteen defining characteristics in distributed domains: six in the physical, cognitive and six in three in psychosocial. The validation step with experts understood the appreciation of the instrument consists of two parts: 1st) characterization of specialists and 2nd) diagnostic proposal: title, setting, area 13, defining characteristics with their conceptual definitions and operational (empirical references) by 22 experts in area of child health, predominantly female (94.4%), doctors (55.6%), concentrated in the Northeast (61.1%), which exercised its activities in the past year as teachers in educational institutions (HEI) (83.3%). The time specialist training was on average 13.1 years (\pm 8.5). As for the structure of diagnosis, most of them pointed out that the title referred to improved child development (61.1%) as most appropriate for the nursing diagnosis under construction. All experts agreed that the diagnosis should be included in the proposed area 13 growth / development (100%), and class that distributes phenomena: 1 - and 2 growth - development (55.6%). Most experts chose the concept 1 (55.6%). Part of experts suggested adding the instrument of some peculiarities of the infant phase regarding defining characteristics. The clinical validation was performed with 45 infants assessed during the consultation childcare in a Family Health Center. The majority were male (55.6%). Half of the infants showed age of 5 months, with mothers / guardians with an average age of 24 years. The defining characteristics obtained high sensitivity (above 90%), positive predictive values above 65%, negative predictive values above 66%, however, low levels of specificity (less than 32%). Therefore, they are good indicators predictive of the occurrence of the proposed nursing diagnosis. Thus, six defining characteristics, as noted in the study, are suitable for composing the nursing diagnosis Provision for growth and development of infants improved.

Key-words: Growth and development. Infant. pre-school. nursing diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	O processo de crescimento e desenvolvimento infantil proposto por Marcondes, Setian, Carraza, 2002.....	19
Figura 2 -	Modelo de um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (2013).....	28
Figura 3 -	Componentes do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde segundo NANDA-I.....	29
Figura 4 -	O processo de desenvolvimento de conceito segundo Rodgers (2000)....	36
Diagrama 1 -	Componentes da revisão integrativa da literatura, descritos por Mendes, Silveira e Galvão (2008)	43
Diagrama 2 -	Processo de seleção da base de dados SCOPUS	46
Diagrama 3 -	Processo de seleção da base de dados PUBMED	47
Diagrama 4 -	Processo de seleção da base de dados CINAHL	48
Diagrama 5 -	Processo de seleção da base de dados LILACS	49
Diagrama 6 -	Processo de seleção da base de dados The COCHRANE Library.....	50
Diagrama 7-	Processo de seleção final dos estudos incluídos para análise de conceito.	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descritores com suas respectivas definições segundo <i>Medical Subject Headings (MeSH)</i> e/ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).....	44
Quadro 2 -	Classificação do estudo segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011).....	45
Quadro 3 -	Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno crescimento infantil.....	58
Quadro 4 -	Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno desenvolvimento infantil.....	60
Quadro 5 -	Atributos referentes ao fenômeno crescimento infantil.....	65
Quadro 6 -	Atributos referentes ao fenômeno desenvolvimento infantil.....	68
Quadro 7 -	Consequentes do crescimento infantil.....	69
Quadro 8 -	Consequentes do desenvolvimento infantil.....	71
Quadro 9 -	Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde após análise de conceito.....	79
Quadro 10 -	Critérios adaptados para a seleção de especialistas propostos por Fehring (1994)	94
Quadro 11 -	Avaliação da adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem proposto.....	96
Quadro 12 -	Avaliação da adequação da característica definidora à referência empírica e suas definições conceituais.....	96
Quadro 13 -	Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, após a primeira apreciação dos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	114
Quadro 14 -	Número de atendimentos mensais de crianças referente ao ano de 2011 no Centro de Saúde da Família, <i>locus</i> do estudo.....	124
Quadro 15-	Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Disposição p crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: cognitivo ou psicossocial), após as três fases de validação. Fortaleza/CE, 2013.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Tabela 1- Idade específica dos sujeitos dos Diagnósticos, Eixo 5 da NANDA-I.....	44
Tabela 2-	Distribuição dos estudos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário, tipo de periódico, tipo de domínios do desenvolvimento infantil, base de dados e ano de publicação (n=83). Fortaleza, 2013.....	52
Tabela 3-	Distribuição dos estudos segundo o delineamento e a força de evidência estabelecidos por Melnykee, Fineout-Overholt (2011) (n=83). Fortaleza, 2013.....	56
Tabela 4-	Dados referentes ao perfil dos especialistas (n = 26). Fortaleza/CE, 2013.....	99
Tabela 5-	Avaliação do título, classe e domínio propostos para o diagnóstico pelos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	102
Tabela 6-	Avaliação pelos especialistas dos conceitos do diagnóstico proposto obtidos pela análise conceitual. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	103
Tabela 7-	Avaliação dos especialistas sobre a adequação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	104
Tabela 8-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora referente ao domínio físico (CDDF): <i>Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular) dentro dos padrões de normalidade.</i> Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	107
Tabela 9-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDF) - <i>Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário.</i> Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	109
Tabela 10-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDF) - <i>Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário.</i> Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	110
Tabela 11-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC) - <i>Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.</i> Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	111
Tabela 12-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC2) - <i>Aquisição da linguagem.</i> Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	112

Tabela 13-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC3) - <i>Demonstra padrões de comportamento sociais</i> . Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	113
Tabela 14-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDP) - Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	114
Tabela 15-	Caracterização dos dados sociodemográficos das crianças e de seus responsáveis. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	129
Tabela 16-	Distribuição dos lactentes, segundo suas características alimentares. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	131
Tabela 17-	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	132
Tabela 18	Distribuição das referências empíricas da característica definidora <i>Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento</i> entre as crianças avaliadas. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	133
Tabela 19	Distribuição do número de Características Definidoras apresentado pelos lactentes segundo avaliação realizada por meio do consenso entre orientadora e pesquisadora, para a construção dos casos clínicos. Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	134
Tabela 20	Distribuição das medidas de acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial). Fortaleza/CE, Brasil, 2013.....	136

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problemática do estudo	15
1.2	Crescimento e desenvolvimento: conceitos	18
1.3	Promoção da Saúde e a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil	24
1.4	A Enfermagem frente ao crescimento e desenvolvimento infantil	26
1.5	Justificativa do estudo	30
2	OBJETIVO	33
2.1	Geral	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1	Análise de conceito proposta por Rodgers (2000)	35
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	40
4.1	Tipo de estudo	40
4.2	Primeira Etapa: análise de conceito	40
4.3	Segunda Etapa: validação por especialistas	41
4.4	Terceira etapa: validação clínica	41
5	ANÁLISE DE CONCEITO	42
5.1	Objetivo específico da Análise de Conceito	42
5.2	Materiais e métodos da 1ª etapa: análise de conceito	42
5.3	Categorização dos estudos	52
5.4	Resultados e discussões da análise de conceito	52
5.5	Modelo de Análise de Conceito segundo Rodgers (2000)	57
6	VALIDAÇÃO DE ESPECIALISTAS	93
6.1	Objetivo específico da Validação de Especialistas	93
6.2	Materiais e Métodos da Validação de Especialistas	93
6.2.1	<i>Seleção dos especialistas</i>	93
6.2.2	<i>População e amostra</i>	94
6.2.3	<i>Instrumento</i>	95
6.2.4	<i>Coleta de dados</i>	96
6.2.5	<i>Análise dos dados</i>	96
6.2.6	<i>Aspectos éticos</i>	98
7	Resultados e Discussões da Validação de Especialistas	99
7.1	Caracterização dos especialistas	99
7.2	Avaliação do título e conceito diagnóstico proposto	101
7.3	Avaliação da adequação das características definidoras para o diagnóstico proposto	104
7.4	Avaliação dos conceitos e referências empíricas das características definidoras segundo os especialistas	106
8	VALIDAÇÃO CLÍNICA	122
8.1	Objetivos específicos da validação clínica	122
8.2	Materiais e Métodos da validação clínica	122
8.2.1	<i>Tipo do estudo</i>	122
8.2.2	<i>Local do estudo</i>	122
8.2.3	<i>População e amostra</i>	123
8.2.4	<i>Instrumento de coleta de dados</i>	124
8.2.5	<i>Operacionalização da coleta de dados</i>	124
8.2.6	<i>Análise dos dados</i>	127
8.2.7	<i>Aspectos éticos</i>	128
9	RESULTADOS E DISCUSSÕES DA VALIDAÇÃO CLÍNICA	129

10	CONCLUSÃO	140
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	153
	ANEXO	216

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática do estudo

A motivação para a realização deste estudo emergiu ainda durante o estudo de mestrado, quando se avaliou o crescimento (especificamente avaliação antropométrica e nutrição) de crianças sob a condição crônica de saúde – cardiopatias congênitas, no qual se observou uma clientela com relativa discrepância em suas medidas corporais quando se comparava com crianças saudáveis. Além disso, a literatura apontava que a própria condição crônica da criança trazia consequências para o desenvolvimento infantil em diferentes domínios. Por outro lado, as crianças afetadas poderiam sofrer alteração em apenas um domínio do desenvolvimento quando eram acometidas por tipos leves de cardiopatias.

Além disso, no que se refere aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2013), especificamente do domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento, os diagnósticos relativos aos fenômenos ainda estão unidos ou desmembrados, o que denota discrepâncias quanto ao uso dos termos: *Risco para o crescimento desproporcional; Atraso no crescimento e no desenvolvimento; e Risco de atraso no desenvolvimento*; mesmo considerando que o crescimento é parte do desenvolvimento infantil (HOCKENBERRY; WILSON; INKELSTEIN, 2006). Somando-se a isso, neste domínio inexistem diagnósticos na categoria Promoção da Saúde, no qual a clientela saudável expressa motivação ou desejo de melhorar seu potencial de saúde. No domínio supracitado, os diagnósticos listados fazem parte da categoria Real e de Risco, respectivamente.

Por essas razões, a finalidade deste estudo foi construir um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde direcionado para o desenvolvimento infantil, tendo em vista que, na atual lista de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2013), especificamente no domínio 13, referente ao crescimento/desenvolvimento, inexistem diagnósticos que contemplem crianças saudáveis com desejo iminente de aumentar seu bem-estar.

Acredita-se que estudos sobre os componentes diagnósticos podem trazer benefícios para os enfermeiros na construção e validação de diagnósticos que são potencialmente frequentes na prática clínica de enfermagem no cuidado da criança.

No contexto clínico, conforme se percebe, o enfermeiro se depara com a tarefa de julgar e selecionar o diagnóstico que melhor representa determinado conjunto de características definidoras. Contudo, ainda enfrenta muitas dificuldades em estabelecer a

resposta humana mais adequada, principalmente quando um mesmo rótulo diagnóstico se compõe de dois fenômenos diferentes ou quando os dois fenômenos (crescimento e desenvolvimento) estão unidos.

Marcondes, Setian e Carraza (2002) apontam que o desenvolvimento é mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se também às alterações da composição e do funcionamento das células, à dimensão dos membros, à maturação dos órgãos e à aquisição de novas funções.

Conforme se observa, a literatura ainda expõe diferentes conotações sobre o desenvolvimento infantil, o que dificulta o julgamento clínico quando envolve o emprego do diagnóstico de enfermagem, necessitando de uma avaliação mais precisa de todos os seus componentes: enunciado ou título, definição e características definidoras.

Nesse sentido, experiências anteriores com estudos direcionados às taxonomias NANDA e NIC, ainda na graduação, durante a participação em estudos nesta área no Grupo de estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados em Enfermagem – GEDIRE, e, posteriormente, como enfermeira, com participações no Projeto de pesquisa em Saúde Cardiovascular, o qual desenvolve estudos também com a linguagem taxonômica, contribuíram para que trabalhos com diagnósticos associados ao crescimento e desenvolvimento infantil fossem exequíveis.

A princípio, a proposta seria revisar o diagnóstico de enfermagem Atraso no crescimento e no desenvolvimento, o qual despertou um grande interesse em aprofundar o conhecimento, pelas leituras e análise de pesquisas, pois o diagnóstico ainda é apresentado de forma incompleta e obscura, desde seu título, conceito, características e fatores relacionados.

Nesse âmbito, houve muitas reflexões que culminaram com a necessidade emergente de trazer contribuições ao cuidado da criança saudável, atendida no serviço ambulatorial, principalmente durante as consultas de puericultura realizadas pelo enfermeiro nos Centros de Saúde da Família, como ação específica na Atenção Básica.

Em relação ao uso da taxonomia NANDA, muitos enfermeiros relatavam dificuldades em nomear a resposta da criança que apresentava características definidoras condizentes com um adequado desenvolvimento infantil. E, ainda, os enfermeiros têm receio de utilizar diagnósticos referentes ao crescimento e desenvolvimento, tendo em vista que alguns autores tratam esses fenômenos como se fosse uma unidade, enquanto que outros os evidenciam separadamente.

Dessa forma, optou-se pelo desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem na categoria promoção da saúde, pois se trata de uma proposta inovadora, tendo em vista que

também agrega o conhecimento adquirido como discente vinculada a um Programa de Pós-Graduação em enfermagem cuja área de concentração é a promoção da saúde, bem como do emprego de ações de saúde voltadas para transformação dos processos individuais de tomada de decisão, para que sejam favoráveis à qualidade de vida e ao alcance melhorias na saúde.

Além disso, no âmbito da atenção primária, o enfermeiro, que constantemente acompanha o crescimento e o desenvolvimento de crianças, tem dificuldade de determinar o diagnóstico, pois não há rótulos referentes à categoria promoção da saúde. Segundo a NANDA-I (2013), os diagnósticos de promoção da saúde são julgamentos clínicos da motivação e do desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem-estar, concretizar o potencial de saúde e intensificar comportamentos específicos de saúde. Essa necessidade ou disposição está apoiada na presença de características definidoras e deve ser expressa da seguinte forma: “Disposição para [...] aumentado/melhorado”.

Ainda se observam controvérsias na própria taxonomia NANDA-I, pois, no domínio crescimento e desenvolvimento, existe diagnóstico alusivo aos dois fenômenos – crescimento e desenvolvimento – como se fossem um só, considerado ainda obscuro na literatura científica. Ainda nesse domínio, outro diagnóstico faz referência somente ao desenvolvimento humano. Ambos não mencionam para qual faixa etária se estabelece o diagnóstico, tampouco a clientela (criança, adulto, idoso) favorecida pelo mesmo, o que denota a presença de componentes vagos e imprecisos. Por outro lado, a NANDA-I (2013) evidencia que o conceito diagnóstico é o componente central do diagnóstico e pode consistir em um ou mais substantivos os quais contribuem com um sentido único ao conceito.

Por conseguinte, estudos com diagnóstico na categoria promoção da saúde podem assessorar a assistência de enfermagem, bem como contribuir com a legitimidade da resposta humana apresentada pela criança e fornecer-lhe um cuidado mais adequado.

Sabe-se que o desenvolvimento da criança contempla diferentes domínios (físicos, cognitivos, psicossocial, entre outros), os quais podem se apresentar desmembrados, como método didático, mas que representam um todo fisiologicamente. No entanto, conforme se observa nos diagnósticos do domínio 13, as características definidoras de um dos diagnósticos não contemplam todas as dimensões do desenvolvimento, uma vez que enfatizam apenas domínios – motoras (grossas e finas), emocional, cognitiva – expressos como se destinassem a crianças implicitamente, sem especificar no título (rótulo) e nem na definição conceitual do diagnóstico particularidades para esta faixa etária. Segundo Gordon (1994), as características definidoras referem-se aos sinais e sintomas significativos de uma determinada condição, que

permitem discriminar a resposta do cliente (criança) ao seu problema de saúde ou processo vital.

1.2 Crescimento e desenvolvimento: conceitos

No geral, o desenvolvimento humano compreende um processo de mudanças que evoluem desde o nascimento até a morte. Com base nisso, as mudanças são sistemáticas, adaptativas, quantitativas e qualitativas, uma vez que visam à necessidade de prever os interesses universais e as diferenças entre as pessoas. Incluem diferentes estágios: pré-natal, primeira, segunda e terceira infância, adolescência, adulto jovem, meia-idade e terceira idade.

Além disso, o desenvolvimento das pessoas envolve variações individuais (velocidade de crescimento, maturação neurológica e experiências de vida), bem como sofre a influência de variantes externas: ambiente, genética e cultura (PAPALIA; OLD, 2003).

Já o crescimento se refere a um processo de caráter concreto e mensurável que compreende a formação, o aumento da massa e a renovação dos tecidos, iniciando-se na infância a formação dos órgãos e o aumento global do organismo (LIMA et al., 2009). Corroborando com isso, Marcondes, Setian e Carraza (2002) afirmam que crescimento é a divisão celular e o conseqüente aumento de massa corpórea que podem ser identificados em unidades, tais como g/dia, g/mês, kg/ano, cm/mês, cm/ano, ou seja, aumento da unidade de massa em determinada unidade de tempo.

Investigações sobre o desenvolvimento infantil e seus conceitos estão fortemente relacionados ao momento histórico. Dessa forma, tem-se observado diferentes contribuições do conhecimento no avanço da ciência, as quais permitiram uma visão mais ampla desse fenômeno. Em face disso, o desenvolvimento pode ser definido como processo de construção da identidade humana, que resulta da interação biológica, inerente ao próprio indivíduo, e sua história de vida (cultural e social). O crescimento é um processo caracterizado pelo aumento linear das estruturas que compõem os seres vivos. Apresenta-se de forma contínua, porém não constante, o qual pode ser interpretado pela influência genética modulada pelo ambiente, condição nutricional, socioeconômica e emocional. Nesse ensejo, o crescimento é avaliado por meio da antropometria (SILVA et al., 2008).

A antropometria é definida como a ciência que mede o tamanho corporal e de suas proporções – estatura/comprimento; peso, pregas cutâneas, circunferências/perímetros –, tendo sido revelada como método mais utilizado para o diagnóstico nutricional, na avaliação das características morfológicas individuais e no monitoramento da velocidade do

crescimento, sobretudo na infância, pela facilidade, baixo custo e inocuidade (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

O processo de crescimento e desenvolvimento infantil envolve fenômenos diferentes em sua concepção fisiológica, paralelos em seu curso, porém associados em seu significado. Dessa forma, o crescimento configura-se pelo aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes. Isso significa aumento do tamanho das células (hipertrofia) ou de seu número (hiperplasia). Quanto ao desenvolvimento, está caracterizado pelo aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções complexas. Ele é mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se também às alterações da composição e do funcionamento das células, dimensão dos membros, maturação dos órgãos e aquisição de novas funções. Nesse sentido, a criança pode crescer e não se desenvolver ou vice-versa (MARCONDES; SETIAN; CARRAZZA, 2002). Com base nisso, esses autores propõem o esquema a seguir:

Figura 1- O processo de crescimento e desenvolvimento infantil proposto por Marcondes, Setian e Carraza (2002)



Sob outro prisma, Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006) afirmam que o crescimento e o desenvolvimento geralmente são referenciados como unidades. Estas, por sua

vez, expressam o somatório das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida e envolvem dimensões inter-relacionadas e simultâneas. Entre elas estão o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a diferenciação, sendo que nenhuma delas ocorre separadamente uma do outra. Além disso, o crescimento pode ser visto como uma mudança quantitativa e o desenvolvimento como mudança qualitativa.

Esses mesmos autores expõem que o desenvolvimento é mais amplo, tendo em vista que o crescimento é parte dele, pois representa o desenvolvimento físico avaliado mediante o exame físico da criança por meio da abordagem sistemática céfalo-caudal. O exame contempla a avaliação de cada região do corpo infantil, englobando dados antropométricos, medidas fisiológicas (temperatura, pulso, respiração e pressão sanguínea), a aparência geral, tais como: pele e anexos, linfonodos, cabeça e pescoço, olhos, ouvidos, nariz, boca e garganta, tórax, pulmões, coração, abdome, genitálias, esqueleto e avaliação neurológica.

Nesse sentido, é possível identificar doenças crônicas que afetam os fenômenos, como se observam nas cardiopatias congênitas, nas quais a criança pode ter um desenvolvimento anormal associado a um crescimento linear deficiente. Do mesmo modo, uma criança com síndrome de Down, por exemplo, pode ter o crescimento normal, mas um desenvolvimento retardado (MARCONDES; SETIAN; CARRAZZA, 2002), tendo em vista que o fenômeno envolve também diferentes aspectos: social, cultural, cognitivo, motor fino e grosso, os quais podem não estar prejudicados.

Conforme Silva et al. (2008), o desenvolvimento infantil pode ser dividido em alguns domínios de funções para fins didáticos: a) sensorial; b) motor; c) linguagem; d) cognitivo; e) psicossocial. No entanto, os domínios são interdependentes e intimamente relacionados. Com base nisso, salienta-se que alguns desses domínios apresentam-se funcionais à medida que ocorre o processo de maturação neurológica, obedecendo a uma ordem cronológica.

Para Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006), o desenvolvimento envolve a personalidade (psicossocial), a capacidade mental (cognitivo, linguagem, moral, espiritual), o autoconceito (imagem corporal, autoestima) e o caráter social por meio de brincadeiras (desenvolvimento sensório-motor e intelectual).

No geral, observa-se que o desenvolvimento infantil é amplo, um processo unificado que abrange diferentes aspectos da formação humana: psicossocial, cognitivo e físico; os quais podem ser explicitados ou não, a depender do contexto. Por isso, torna-se imperioso mencionar que seus subtipos podem também influenciar a formação e evolução dos

outros. Como exemplo, tem-se: a mudança e estabilidade das capacidades mentais, como aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, que constituem o desenvolvimento cognitivo. Essas características estão intimamente relacionadas ao crescimento físico e emocional, tais como: a capacidade de falar, que depende do desenvolvimento físico da boca e do cérebro.

Na literatura, são observados diversos tipos de instrumentos incluindo testes ou escalas de avaliação aplicadas em situações de monitoramento e triagem do desenvolvimento. No âmbito da saúde primária, o desenvolvimento é monitorado periodicamente durante as consultas de pediatria preventiva mediante o registro na atual caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2005), bem como por meio do manual de crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002) publicado para subsidiar as condutas do profissional neste cenário.

Na referida caderneta, o enfermeiro utiliza a ficha de vigilância do desenvolvimento para crianças com até 36 meses de vida, incluindo: investigação de fatores de risco para alterações físicas associadas; instrumento contendo os marcos do desenvolvimento sinalizados como P = marco presente, A=marco ausente, NV=marco não verificado; orientações para a tomada de decisão do profissional. Neste item, a caderneta faz menção aos parâmetros antropométricos (peso, perímetros e comprimento). Nesse cenário, a vigilância compreende todos os aspectos relacionados à promoção do desenvolvimento normal e à detecção dos problemas para a saúde da criança, tendo em vista que este é um processo contínuo, flexível e envolve os pais, familiares e os aspectos socioculturais. Dessa forma, a vigilância engloba o monitoramento e a triagem do desenvolvimento (GANNAM, 2009).

A monitoração do desenvolvimento assume caráter sistemático, contínuo e periódico, mas não utiliza uma ferramenta específica para a avaliação da criança. Baseia-se na sua observação criteriosa e nas informações ou opiniões cedidas pelos pais. Diante disso, depende da habilidade e da experiência do profissional que o realiza. Diferentemente, a triagem do desenvolvimento infantil baseia-se em procedimentos padronizados e sistematizados, porém não diagnósticos. São utilizados para identificar crianças com risco para o atraso no desenvolvimento que precisam ser acompanhadas (GANNAM, 2009).

Nesse sentido, Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006) mencionam exames de triagem, entre eles o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II, indicado para crianças com até 72 meses de vida. Esse teste compreende 125 itens divididos em quatro setores: pessoal-social; adaptativo motor-fino; linguagem; e motor grosso. Outros testes de triagem são apresentados por Gannam (2009), tais como: *Battelle Developmental Inventory*

Screening Tool (indicado para crianças de 0-96 meses), que contém 100 itens divididos em subtestes: pessoal-social, adaptativo, motor, comunicação e cognição; *Bayley Infant Neurodevelopmental Screener* (indicado para crianças entre 3 e 24 meses), composto por seis conjuntos de 11 a 13 itens que avaliam quatro áreas: neurológica básica, expressiva, receptiva e cognitiva.

Há outro teste, denominado *Harris Infant Neuromotor*, também utilizado para avaliação neuromotora de crianças com idade entre 3 e 12 meses, em risco de desenvolvimento. Esse teste contempla os itens: avaliação de marcos neuromotores, tônus muscular ativo e passivo, interações comportamentais, perímetro cefálico e outros, que avaliam sinais precoces de alterações no comportamento cognitivo (SILVA; CARDOSO, 2011).

O teste *Brigance Screens II*, recomendado para crianças com até 96 meses de idade, inclui nove formulários diferentes, abordando habilidades motoras, linguagem receptiva e expressiva, autocuidados, conhecimentos gerais, habilidades socioemocionais, leitura e matemática. *Alberta Infant Motor Scales* é um instrumento com 58 itens agrupados em quatro subescalas: prono, supino, sentado e em pé; e é recomendado para crianças com até 24 meses de idade (GANNAM, 2009). Outro teste de triagem é o *Inventário HOME*, que avalia a quantidade e a qualidade de estimulação e suporte disponíveis para a criança no ambiente domiciliar (MARIA-MENGEL, 2007).

As escalas ou testes são simples e de fácil aplicação, constituindo ferramentas importantes para a avaliação dos profissionais da saúde. No entanto, exigem treinamento específico, requerem recursos adicionais para sua execução, bem como disponibilidade de tempo. Particularmente no Brasil, tem-se utilizado com mais frequência o Teste de Denver, uma vez que subsidiou a elaboração da ficha de avaliação do desenvolvimento da criança do Ministério da Saúde. No entanto, ainda se observam enfermeiros com dificuldades de realizar esta avaliação, restringindo-a apenas à identificação de medidas antropométricas para avaliação física do desenvolvimento.

No que se refere ao período na infância de maior desenvolvimento, os três primeiros anos de vida da criança desempenham importante papel para o desenvolvimento do cérebro, que, por sua vez, depende de complexas interações entre genes e experiências. Estas têm grande impacto na estruturação do cérebro e nas capacidades do adulto. Assim, considera-se preponderante o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil durante os primeiros anos de vida, visto que nesta fase o tecido nervoso cresce e amadurece, tornando-se susceptível aos agravos (MARIA-MENGEL, 2007).

Diversos estudos têm destacado os três primeiros anos de vida da criança por serem uma etapa do desenvolvimento na qual se alcançam habilidades motoras, aquisição e domínio da linguagem, os quais se caracterizam como requisitos importantes para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e social para a aprendizagem (NOBRE et al., 2009; HALPERN et al., 2002; CACHAPUZ; HALPERN, 2006). A competência social se torna mais elaborada no segundo e terceiro anos de vida da criança (SPEGMAN; HOUCK, 2005).

Na atenção primária, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é uma ferramenta oportuna pela qual o enfermeiro avalia os indicadores representados pela investigação de fatores intrínsecos e extrínsecos determinantes do processo de saúde infantil. Segundo Brasil (2002), é visível que o crescimento esteja relacionado aos fatores intrínsecos, tais como genéticos, metabólicos e malformações, além de fatores extrínsecos. Entre estes, são destacados: alimentação, ocorrência de doenças, higiene, habitação e cuidados gerais com a criança.

Nessa avaliação, o crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão da sua estreita dependência de fatores ambientais/extrínsecos, incluindo alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, além de condições adequadas de habitação e saneamento básico, os quais refletem as condições pregressas e atuais da saúde da criança. Já o desenvolvimento baseia-se no exame das habilidades pertencentes aos sistemas motor, perceptivo e linguagem, os quais traduzem determinadas funções que se apoiam em um processo de maturação neurológica (BRASIL, 2002).

Monteiro, Lopes e Araujo (2010) realizaram um levantamento sobre os fenômenos crescimento e desenvolvimento em crianças e observaram que o crescimento infantil mencionado nos estudos enfatiza a avaliação física da criança (antropometria), e pode ser compreendido como parte do desenvolvimento infantil. Dessa forma, o crescimento e desenvolvimento infantil envolvem fenômenos complexos relacionados à mensuração das dimensões corporais, as quais ocorrem concomitantes ao desenvolvimento de aquisições e habilidades ao longo do processo evolutivo da criança. Nesse sentido, há envolvimento do contexto genético, ambiental, cultural, econômico, vínculos afetivos e sociais, educação materna, qualidade do cuidado, alimentação, sono, proteção e lazer.

Diante disso, esses mesmos autores destacam que o fenômeno desenvolvimento abrange o próprio crescimento físico, evidenciando que o crescimento infantil acontece de forma concomitante, ou seja, à medida que a criança toma maiores proporções corporais em relação ao peso, comprimento e em outras dimensões, ocorre o processo de desenvolvimento

infantil, mediante a aquisição das habilidades cognitivas, na linguagem, sociais, mentais. Complementa-se pela influência do ambiente, dos pais, da alimentação (MONTEIRO; LOPES; ARAÚJO, 2010).

Em face da complexidade de ambos os fenômenos observada nos estudos, este estudo se restringirá à investigação do crescimento e desenvolvimento na criança considerando-os diferentes, e compreendendo que o desenvolvimento é mais abrangente, e o crescimento, parte dele.

1.3 Promoção da saúde e a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais 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 (BRASIL, 2002). Além disso, todo o processo está sob efeito dos determinantes sociais, econômicos e culturais (MARCONDES; SETIAN; CARRAZA, 2002).

A monitorização do crescimento foi recomendada desde os anos de 1970, na Conferência de Alma-Ata em 1978. No Brasil, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) formulou um conjunto de ações básicas de saúde que visam à integralidade da assistência à saúde. Entre essas medidas, encontra-se o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil por meio da Caderneta de Saúde da Criança, elaborada e ampliada para abranger a faixa etária de até 10 anos (BRASIL, 2005). Nesse âmbito, a consulta de enfermagem incorpora as ações de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, haja vista que compreende um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da criança e deve ser alicerçada nas etapas do processo de enfermagem.

A avaliação do crescimento é um importante instrumento para acompanhar as condições de saúde e nutrição, tanto de indivíduos quanto de populações. Na criança, conforme já comentado, a avaliação é realizada pela história clínica e social, exame físico, dados dos pais e a velocidade de crescimento. O acompanhamento do ser humano em crescimento pode contribuir para explicações do que ocorreu em fases anteriores e apontar riscos imediatos, mediatos e tardios para a saúde (ZEFERINO et al., 2003). Assim, avaliações do comprimento da criança no nascimento permitem ao profissional de enfermagem tomar decisões imediatas, por conseguinte, o acompanhamento dos parâmetros do crescimento pode propiciar a identificação de problemas e exigir ações resolutivas mediatas e tardias.

Dessa forma, acompanhar os fenômenos do crescimento e do desenvolvimento é uma oportunidade de o profissional analisar de forma integrada e preditiva a saúde da criança, com vistas à ação resolutiva de promoção do bem-estar, definida como um processo social e político; não somente executado por ações direcionadas ao fortalecimento de habilidades e capacidades individuais, mas também por ações que dizem respeito à mudança social, do ambiente e condições econômicas, como também para aliviar o impacto sobre a coletividade, visto que se trata de um processo o qual permite às pessoas ampliar o controle dos determinantes de saúde e, portanto, melhorar sua saúde (WHO, 1986).

Com base nisso, a criança, em seu processo evolutivo inicial, apresenta um rápido e ordenado crescimento físico e um desenvolvimento intelectual e social que necessita da abordagem e compreensão do enfermeiro para prestação de seus cuidados. Particularmente, essa avaliação vem sendo desempenhada na atenção primária em saúde, a qual inclui como componentes essenciais: equidade, comunidade envolvida e participante, intersetorialidade, adequação de tecnologias e acessibilidade (WHO, 1978).

Os cuidados na atenção primária envolvem educação em saúde para crianças e comunidade; métodos de prevenção e controle de problemas identificados; promoção de adequada suplementação alimentar; garantia de instalações hídricas e sanitárias; cuidado em saúde materna e infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização; terapêutica apropriada para doenças comuns; e o fornecimento de fármacos (DON NUTBEAM, 1998).

Monteiro et al. (2010) identificaram ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas às medidas de investigação, avaliação e/ou intervenções que abordam diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil, porém enfatizam a avaliação nutricional da criança, especificamente sobre distúrbios nutricionais como a desnutrição, sobrepeso ou obesidade, que alteram as dimensões corporais indicadas pelas medidas de peso e comprimento.

Ademais, as ações de promoção da saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil observadas por Monteiro et al. (2010) são mais pontuais e se referem à avaliação antropométrica, registros alimentares (aleitamento materno), avaliação do histórico de imunização, retratando procedimentos realizados durante as consultas de enfermagem. Por conseguinte, surgem lacunas no cuidado que priorizam alguns procedimentos técnicos, em detrimento das complexas dimensões do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo em vista que as melhorias em saúde não podem ser dirigidas por serviços individuais, mas devem focar o agrupamento de ações ambientais e econômicas, pautadas sobre os determinantes de saúde (NAIDOO; WILLS, 2005).

Por outro lado, algumas ações destacadas por Monteiro et al. (2010) são concernentes ao empoderamento das famílias acerca da condição de saúde/doença dos seus filhos, nas quais se observam relacionamentos e interações entre enfermeiros, familiares e crianças, e apresentam, mesmo que de forma tímida, uma preocupação com a abordagem da promoção da saúde. De acordo com a carta de Ottawa (1986), os pilares da promoção da saúde se erguem sobre o empoderamento de pessoas para conseguir o controle da sua própria saúde e incluir mudanças de estratégias para fortalecer comunidades, desenvolver ambientes sustentáveis, informar e educar sobre as questões de saúde. Em face disso, os enfermeiros têm empoderado familiares e crianças, tornando-os capazes de perceber seus problemas e tomar decisões que afetarão sua própria saúde, especificamente relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, o enfermeiro atuante sobre o cuidado primário à criança inicialmente deve investigar determinantes sociais, econômicos e de saúde, na tentativa de realizar um diagnóstico situacional da família da criança e do meio ambiente onde esta se insere, e direcionar os cuidados previstos. A partir disso, informações/orientações e supervisões são delineadas com base nas possibilidades e limitações da família, resgatando a necessidade de educá-la/ensiná-la para o autocuidado, na tentativa de torná-la corresponsável (empoderada) por suas decisões sobre a saúde.

Em contrapartida, alguns estudos avaliados em uma revisão exaustiva da literatura evidenciaram aspectos sobre o desenvolvimento físico, motor, cognitivo, mental e psicossocial, de forma menos expressiva, o que demonstra uma fragilizada atuação de enfermagem sobre tais aspectos (REIFSNIDER; KELLER; GALLAGHER, 2006; BERRY et al., 2007). Nesse sentido, o desenvolvimento infantil abrange diferentes facetas que podem até mesmo incluir o próprio crescimento. Em virtude disso, tem-se observado que a literatura ainda apresenta divergências sobre os conceitos de crescimento e desenvolvimento infantil e, por conseguinte, gera disparidade de opiniões entre os próprios profissionais da saúde.

1.4 A Enfermagem frente ao crescimento e desenvolvimento infantil

Na avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil, o enfermeiro prioriza as necessidades de cuidado da criança mediante o julgamento clínico sobre as respostas humanas apresentadas, direciona o planejamento das suas ações e estabelece condutas de prevenção e promoção da saúde. Para tanto, essa atividade exige dos profissionais uma prática

pautada no emprego de diagnósticos de enfermagem condizentes com as reais necessidades da criança.

Com o intuito de melhorar a satisfação no cuidado da criança, o enfermeiro tem procurado sistematizar suas ações mediante o emprego do processo de enfermagem. Tal processo representa um instrumento que reúne conhecimentos, habilidades e cuidado no desempenho da prática profissional (ALFARO-LEVREFE, 2000). O processo de enfermagem consiste de fases interdependentes e inter-relacionadas, nas quais ocorrem a coleta e análise dos dados e a identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência a ser prestada, implementação de ações e/ou intervenções e avaliação dos resultados alcançados (ARAÚJO; BACHION, 2005).

De acordo com Foschiera e Vieira (2004), os diagnósticos de enfermagem representam um raciocínio lógico que possibilita a inter-relação de causas e efeitos das alterações apresentadas pela criança. Assim, facilitam o estabelecimento de metas, a adoção de condutas de enfermagem, a realização da avaliação da assistência prestada e fornecem a base para a seleção de intervenções de enfermagem.

Além disso, o uso dos diagnósticos de enfermagem tanto no ensino como na prática e na pesquisa é uma necessidade cada vez mais emergente para a profissão (BARBOSA; MAFEI; MARIN, 2004). Somando-se a isso, os diagnósticos também proporcionam aplicação de uma linguagem padronizada entre os profissionais, pacientes e comunidade na esfera da saúde, o que favorece seu aperfeiçoamento e adaptação em diferentes nacionalidades.

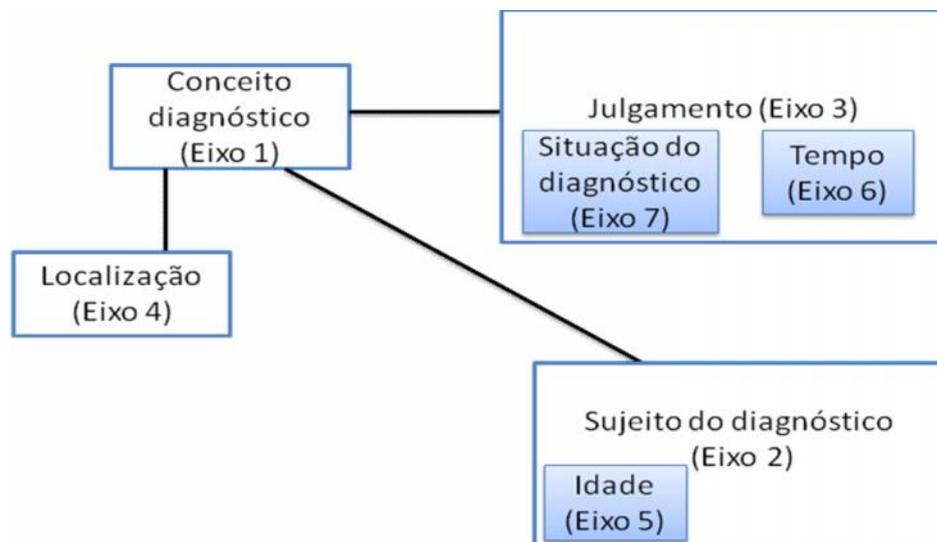
Para a NANDA-I, os diagnósticos fazem parte de um sistema de classificação que propõe a universalização dos problemas encontrados nos pacientes pelos enfermeiros, sendo definidos pelo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde, reais ou potenciais. Os componentes do diagnóstico de enfermagem incluem: rótulo ou título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco organizados em domínios e classes (NANDA, 2013).

Dos diversos sistemas de classificação de diagnósticos utilizados pela enfermagem, o mais divulgado é o da NANDA-I e, a cada dois anos, a sua listagem sofre modificações com inclusão ou exclusão de diagnósticos que passam por processos de desenvolvimento e refinamento necessários para que possam ser aplicados na prática (ALFARO-LEVREFE, 2000). A última edição da NANDA-I contempla a taxonomia II, caracterizada por ser multiaxial, com três níveis: 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos

de enfermagem aprovados. Destes, 16 são novos e 11 foram revisados, segundo estudos de validação e o processo de apreciação da NANDA-I (2013).

O caráter multiaxial da taxonomia permite o acréscimo de outros diagnósticos, bem como modificações em seus componentes, visto que possibilita também identificar possíveis lacunas ou novos diagnósticos. Nela, existem setes eixos, conforme mostra o Modelo de um Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I (Figura 1), distribuídos em: Eixo I – Conceito diagnóstico; Eixo II – Sujeito do diagnóstico (pessoa a quem se atribui o diagnóstico: indivíduo, família, grupo ou comunidade); Eixo III – Julgamento (descriptor que limita o sentido do diagnóstico: prejudicado, ineficaz, entre outros); Eixo IV – Localização (partes/regiões e suas funções: bexiga, auditivo, cerebral, entre outros); Eixo V – Idade da pessoa que é sujeito do diagnóstico (bebê, criança, adulto, entre outros); Eixo VI – Tempo (duração do conceito diagnóstico: crônico, agudo, intermitente); Eixo VII – Situação do diagnóstico (realidade ou potencialidade do problema: real, de risco, de bem-estar, de promoção da saúde) (NANDA, 2013).

Figura 2 - Modelo de um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (2013)



Fonte: NANDA-I, 2013.

A seguir, a Figura 3 apresenta o título (enunciado) do diagnóstico de enfermagem da categoria Promoção da Saúde, ano em que foi publicado, código, domínios e classes.

Figura 3 - Componentes do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde



Fonte: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), 2013.

Na tentativa de empregar linguagens uniformizadas para os diagnósticos de enfermagem, um movimento de construção iniciou-se nos anos de 1970 e os estudos de validação despertaram expressivo interesse a partir da década de 90. Até o presente, novos diagnósticos continuam a ser propostos, reforçando o interesse e utilidade do seu emprego (CARVALHO et al., 2008).

Atualmente, tem-se observado o reconhecimento dessa prática, porém muitas dificuldades são relatadas, principalmente as relacionadas à determinação adequada do diagnóstico na presença de um problema não abordado na taxonomia da NANDA-I. Isso também acontece quando alguns diagnósticos compartilham características definidoras semelhantes em determinada situação clínica, o que gera um grau de incerteza frequentemente alto no julgamento, assim como alto risco de diagnósticos pouco acurados (BRAGA; CRUZ, 2005).

Nesse ensejo, na prática clínica os fenômenos presentes nas experiências humanas são nomeados para que possam ser comunicados ou colocados sob observação. Quando se trata de conceitos científicos, especificamente sobre diagnósticos de enfermagem, esse processo de nomeação deve ser extremamente cuidadoso. Como adverte a literatura, a arbitrariedade na nomeação dos conceitos pode trazer dificuldades na vida diária, interferindo na qualidade e nos resultados dos processos comunicativos (BRAGA; CRUZ, 2005).

Diante dessa assertiva, a validação de diagnóstico de enfermagem é uma etapa importante para o desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional, sobretudo por ampliar a confiabilidade dos diagnósticos e promover o refinamento de um conjunto de

indicadores clínicos, tornando confiável sua utilização, tanto na prática como no ensino (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Segundo afirmam Sparks e Lien-Gieschen (1994), a aceitação de um diagnóstico de enfermagem pela NANDA não quer dizer necessariamente que seu conteúdo foi validado, mas que o mesmo foi selecionado como apropriado para testes e estudos. Assim, validar um diagnóstico significa torná-lo verdadeiro e comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas em determinada situação clínica (GALDEANO, 2007).

Em virtude disso, a NANDA-I, por intermédio dos pesquisadores, tem se preocupado com o processo contínuo de mudanças e incorporado novas propostas diagnósticas ou revisão de diagnósticos de enfermagem já presentes. Nesse âmbito, se tem reconhecido a importância e os benefícios do uso dessa taxonomia no cuidado, no ensino e na pesquisa, particularmente, nesta era em que a contenção de custos e a prática baseada em evidências são objetivos centrais para lideranças em enfermagem. Além disso, é fundamental classificar, esclarecer e documentar um fenômeno que é foco da atenção profissional (NANDA-I, 2013).

Assim, a NANDA-I apresenta um Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos (DDC) que recomenda diretrizes de submissão de diagnósticos, disponível no seu *site* (www.nanda.org). Por meio deste *site*, pesquisadores de todo o mundo podem submeter suas novas propostas ou revisões diagnósticas. Nessa avaliação existe o processo completo de revisão, o qual inclui sete etapas, compreendendo a parte inicial de revisão, encaminhamento ao Comitê (DDC), avaliação deste, apresentação do material aos membros da NANDA-I para revisão e votação, encaminhamento do material ao Conselho de Diretores da NANDA-I para aprovação final.

Além desse tipo de submissão, existe o processo rápido de revisão (ERP), adequado apenas para revisões propostas de diagnósticos atuais. Trata-se de um recurso simplificado, tendo em vista que essas revisões são consideradas mais simples pelo DDC e não alteram a intenção original dos diagnósticos. Esse tipo de revisão inclui: edição e esclarecimento da definição e acréscimo ou retirada limitada de características definidoras, fatores de risco ou fatores relacionados (NANDA-I, 2013).

1.5 Justificativa do estudo

Com base nos estudos ora apresentados e na experiência profissional vivenciada pela pesquisadora na aplicação dos diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I com crianças em diferentes condições de saúde, alguns questionamentos foram gerados:

- 1) Quais os elementos que antecedem e sucedem os fenômenos crescimento e desenvolvimento, segundo a literatura pertinente?
- 2) Existem outras características que possam ser acrescentadas ao diagnóstico proposto, quando presentes em crianças?
- 3) Qual a melhor definição do diagnóstico proposto na categoria promoção da saúde?
- 4) Em qual domínio e classe o diagnóstico proposto poderia estar inserido?
- 5) Qual o melhor título para o diagnóstico na categoria promoção da saúde?
- 6) Qual a ocorrência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto nos lactentes avaliados, durante as consultas de puericultura no Centro de Saúde da Família?
- 7) Qual a sensibilidade e especificidade das características definidoras do diagnóstico proposto na validação clínica?

Por essas razões e pelas diferentes dificuldades encontradas na prática assistencial do enfermeiro, estudos de construção diagnóstica precisam ser encorajados, uma vez que no Brasil a produção nesta área é recente e o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido. Além disso, embora o processo de validação dos diagnósticos de enfermagem, bem como de suas características definidoras, permeie a incorporação dos diagnósticos na prática de enfermagem, os conceitos dos diagnósticos aprovados pela NANDA-I necessitam ser testados por meio de pesquisas com diferentes realidades e populações (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Para se afirmar que um diagnóstico de enfermagem é válido, ele deve passar por um processo no qual se conclua se as características definidoras que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (GARCIA, 1998). Nesse processo, estudos de revisão e validação de construtos diagnósticos podem oferecer sustentação e contribuir para melhorar a acurácia de diagnósticos, permitindo inferências adequadas na prática profissional do enfermeiro.

Em síntese, alguns pontos despertaram o interesse para desenvolver esta pesquisa:

- ❖ A dificuldade relatada pelos enfermeiros em nomear um diagnóstico de enfermagem quando apenas um ou os dois fenômenos são abordados no título (crescimento/desenvolvimento), uma vez que a NANDA-I apresenta-os interligados.

- ❖ A necessidade urgente de se nomear um diagnóstico de enfermagem quando os enfermeiros acompanham crianças com o crescimento e o desenvolvimento adequados para sua faixa etária e que desejam melhorar seu bem-estar.
- ❖ A inespecificidade do eixo V (faixa etária) de uma faixa etária pré-estabelecida, tendo em vista que alguns diagnósticos (domínio 13) apresentados na NANDA remetem às características definidoras predominantemente direcionadas para a criança.

TESES DA PESQUISA

- A análise dos conceitos referentes aos fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil é determinante para construir um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde;
- A elaboração das características definidoras do diagnóstico de enfermagem referente ao crescimento e desenvolvimento por meio de definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) resultará na construção de novos aspectos relativos aos componentes do diagnóstico, os quais poderão contribuir para a incorporação de especificidades para a faixa etária infantil.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

- ✓ Construir um diagnóstico de enfermagem voltado para o crescimento e desenvolvimento infantil na categoria promoção da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de validação de diagnósticos de enfermagem é perpassado por diferentes modelos os quais se diferenciam conforme a proposta do pesquisador. No Brasil, a produção nesta área é recente, tendo sido iniciada sua divulgação nos Simpósios de Diagnósticos de Enfermagem, um encontro bianual que reúne pesquisadores do país para discussão das novas propostas de aperfeiçoamento da taxonomia (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Analisando a produção sobre validação de diagnósticos de enfermagem, estudos apontaram a escassez de pesquisas sobre o tema no país, demonstrando a necessidade de investimento por parte dos enfermeiros clínicos e também daqueles ligados ao ensino (CARVALHO et al., 2008).

Em face disso, alguns modelos estão sendo utilizados em diferentes pesquisas no âmbito da enfermagem. Entre eles, estão o Modelo de Avant; o Modelo de Gordon e Sweeney, subsidiado pelo método retrospectivo, clínico e de validação de diagnóstico diferencial; o Modelo de Fehring, no qual se observa a validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica de diagnóstico, correlação etiológica e validação de definição diagnóstica (CARVALHO et al., 2006). E, por fim, o Modelo de Hoskins, composto pela análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica.

Além desses modelos também é observada a validação de diagnósticos por meio de procedimentos metodológicos ou validação de instrumentos, como, por exemplo, o modelo de validação de Pasquali, que contribuem para a validação de construto e de conteúdo relacionado ao diagnóstico de enfermagem (CARVALHO et al., 2006). Outro modelo, sob autoria de Lopes, Silva e Araújo (2012), vem sendo adotado para validar diagnósticos de enfermagem. Esse modelo propõe uma estrutura metodológica baseada nos testes de acurácia de indicadores clínicos: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos.

A validação dos Diagnósticos de Enfermagem, bem como de suas características definidoras e fatores relacionados, permeia a incorporação desses diagnósticos na prática de enfermagem, por meio da pesquisa clínica, dessa forma, consideram-se estes estudos importantes para a prática profissional.

O termo “validar”, entre outras significações, quer dizer legitimar. Dessa forma, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica

e para todos os profissionais de enfermagem (MELO, 2004). Diante dessa assertiva, o processo de validação é uma constante preocupação na medição dos fenômenos de enfermagem, pela qual são colhidas evidências que estabelecerão o rigor e a autenticidade.

Conforme afirma Gordon (1994), a validade de um diagnóstico de enfermagem inclui o grau com que um grupo de características definidoras descreve determinada realidade. Estas, uma vez identificadas no contexto clínico, serão válidas. Dessa forma, a validação é uma tarefa processual, pois, quando comprovada a existência das características pelos enfermeiros, estes devem avaliá-las quanto aos aspectos culturais, sociais, econômicos e individuais.

A escolha do método de validação de Hoskins (1989), em detrimento de outros de validação existentes, ocorreu porque o mesmo foi construído para validação específica de diagnósticos de enfermagem e vem sendo aplicado em diferentes pesquisas de validação, tais como: Melo (2004), Galdeano (2007) e Chaves, Carvalho e Rossi (2008). Ademais, esse método permite sua aplicabilidade na sua totalidade ou em parte, com adaptações, em função da população estudada e das características do diagnóstico a ser estudado.

Para isso, ressalta-se que cada etapa do processo de validação recomendado por Hoskins (1989) exige a utilização de diferentes referenciais teóricos, a serem descritos adiante. Portanto, na primeira etapa será utilizado o processo de análise de conceito proposto por Rodgers (2000); na segunda etapa, referente à validação do diagnóstico de enfermagem por especialistas, utilizando-se os critérios de seleção e pontuação recomendados por Fehring (1994); e, por fim, na terceira etapa, de validação clínica, são delineadas as peculiaridades do ambiente clínico para validação do diagnóstico de enfermagem em crianças.

3.1 Análise de conceito proposta por Rodgers (2000)

De acordo com essa abordagem, o conceito é considerado uma “abstração que é expressa de alguma forma”, tendo em vista que os conceitos são formados pela identificação das características comuns de uma classe de objetos ou fenômenos com abstração e agrupamento mental em torno da palavra (WALKER; AVANT, 2005). Embora os conceitos sejam individuais e particulares em sua natureza, o processo de abstração, agrupamento e associação do conceito com uma palavra é influenciado profundamente pela socialização e interação pública.

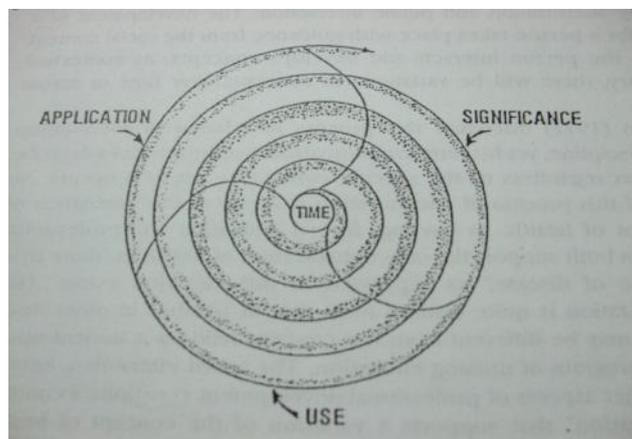
Segundo Walker e Avant (2005), a análise de conceito é extremamente usada para clarificar características essenciais do conceito de interesse ou conceitos em demasia ou vagos que são predominantes na prática de enfermagem. Pode ser útil no refinamento de fenômenos ambíguos, vagos, e na construção de instrumentos de pesquisa. Os resultados da análise do conceito, a definição operacional, a lista de definição de atributos, antecedentes e consequentes podem fornecer ao pesquisador um excelente começo para uma nova ferramenta ou maneira de avaliá-la. No entanto, ressalta-se que os conceitos são efêmeros, assim como os analistas. Portanto, fazem parte de um processo dinâmico em resposta ao novo conhecimento, experiências e percepções.

Para se efetuar uma ampla visão da literatura acerca dos mais diversificados atributos, antecedentes e consequentes dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, o pesquisador necessita realizar exaustivos levantamentos de pesquisas/estudos. Como resultados, a análise do conceito fornece ao teórico ou ao investigador uma compreensão básica dos atributos dos conceitos subjacentes e ajuda a definir claramente o problema e permitir a construção de hipóteses que reflitam exatamente as relações entre os conceitos.

Realizar uma análise de conceito com qualquer potencial diagnóstico, intervenção ou resultado facilitaria muito o trabalho taxonômico e seria completamente pertinente às teorias e investigações.

Conforme Rodgers (2000), o processo de desenvolvimento de conceito pode ser descrito e ilustrado como um ciclo que continua através do tempo e dentro de um contexto particular. Três distintos aspectos de desenvolvimento de conceito são evidentes: significado, uso e aplicação do conceito.

Figura 4 - O processo de desenvolvimento de conceito



Fonte: Rodgers (2000).

- ⊙ O “significado” tem um efeito profundo na utilização do conceito.
- ⊙ O “uso” refere-se à maneira comum de empregar o conceito e à situação apropriada a este uso. É um relevante foco no esforço para definir o conceito.
- ⊙ Através da aplicação do conceito, o “alcance” torna-se claro, com situações que são caracterizadas efetivamente usando-se o conceito.

O pesquisador que conduz investigações empregando a análise de conceito deveria sempre iniciar com o esclarecimento e documentação do problema conceitual, uma vez que a análise de conceito tem sido determinada como apropriada forma de investigação para proceder ao processo de coleta de dados, análise e interpretação.

O método evolucionário de análise de conceito proposto por Rodgers (2000) envolve as atividades primárias (Seis passos), que não necessariamente precisam ser seguidas na ordem especificada:

- 1) Identificar o conceito e associar expressões, incluindo os termos substitutos.
- 2) Identificar e selecionar o domínio apropriado (cenário e amostra) para a coleta de dados.
- 3) Coletar dados relevantes para:
 - Identificar atributos do conceito;
 - Identificar a base contextual do conceito, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequentes).
- 4) Analisar os dados com relação às características do conceito.
- 5) Identificar um exemplo do conceito, se apropriado.
- 6) Identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento do conceito.

Muitas dessas atividades são realizadas simultaneamente em toda a investigação, por conseguinte, representam tarefas no processo. A seguir, são descritas detalhadamente as atividades primárias, conhecidas como passos para o desenvolvimento de um conceito segundo Rodgers (2000).

1) IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO DE INTERESSE

A primeira atividade é identificar o conceito de interesse e expressões apropriadas. Uma das maneiras mais comuns de expressar o conceito é através da linguagem escrita ou falada.

2) ESCOLHENDO O CENÁRIO E A AMOSTRA

O cenário se refere ao período de tempo para serem examinados a literatura, bem como disciplinas ou outros tipos de literatura incluídos na análise.

As decisões acerca da escolha da literatura dependerão da familiaridade do pesquisador com a literatura e consciência de quais áreas são de seu real interesse e que, frequentemente, empregam o conceito escolhido. A pesquisa na literatura poderá ser identificada pelas categorias: título, resumo, palavras-chave, ou por combinação desses processos de busca.

3) COLETA E MANUSEIO DOS DADOS

O pesquisador faz a revisão da literatura para identificar dados relevantes para os atributos do conceito e as características contextuais (antecedentes, consequentes e variações socioculturais e temporais), termos substitutos e conceitos relacionados com dados pertinentes para a aplicação do conceito.

A identificação de mudanças ao longo do tempo pode contribuir significativamente para entender a origem, desenvolvimento e funções do conceito.

Atributos do conceito constituem uma real definição em oposição a uma definição nominal ou a partir do dicionário, que apenas substitui uma expressão sinônima de outra.

Termos substitutos são significados que expressam o conceito ou outra palavra ou expressão selecionada pelo pesquisador no estudo.

4) ANÁLISE DOS DADOS

Essencialmente, esta fase de análise é um processo de contínua organização e reorganização da literatura, até que seja gerado um sistema coeso, abrangente e relevante de descritores.

Como os dados são organizados e adequados, “rótulos” são identificados para descrever os principais aspectos do conceito, tendo em vista que a análise assume um enfoque mais teórico. O pesquisador pode analisar os dados por áreas de concordância e discordância entre as disciplinas, mudança ao longo do tempo, ou para a introspecção em tendências emergentes sobre o conceito. Estes resultados são sutis, às vezes, apesar de interessantes, pois fornecem informações importantes sobre aspectos contextuais dos conceitos, o seu estatuto atual, usos emergentes e as indicações para o desenvolvimento futuro.

5) IDENTIFICANDO UM EXEMPLO

A proposta de um exemplo é para prover uma demonstração prática do conceito num contexto relevante. O objetivo de um exemplo é ilustrar as características do conceito e, como resultados, aumentar a aplicação clara e efetiva do conceito de interesse. No entanto, o pesquisador precisa ser cauteloso para evitar certas armadilhas que podem ser associadas com a identificação de exemplos. Vieses podem ser introduzidos facilmente neste estágio pelos pesquisadores, quando os mesmos selecionam os exemplos que representam o interesse pessoal.

Similarmente, detalhes estranhos ou excessivos na descrição de um exemplo podem distrair o leitor do conceito desejado.

Se apenas um exemplo for selecionado, o mesmo deverá ser universal e geral para ilustrar o conceito claramente como poderá aparecer em vários casos. Além disso, em algumas análises o pesquisador pode descobrir que existe uma considerável variação no uso do conceito.

6) INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Como visto, a análise de conceito é um processo que identifica um consenso ou “estado da arte” do conceito, e assim provê uma importante base, considerada fundamental para pesquisas futuras.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Tipo do estudo

Estudo do tipo metodológico, com vistas à construção e investigação da validade de um diagnóstico de enfermagem. Para Polit, Beck e Hungler (2004), esse tipo de pesquisa refere-se à investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados na tentativa de elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa.

A seguir, serão detalhadamente descritos os modelos a serem empregados na proposta de construção do diagnóstico de enfermagem baseado nos fenômenos crescimento e desenvolvimento, por meio do modelo estrutural de validação de diagnóstico preconizado por Hoskins (1989), o qual emprega: 1ª etapa – análise de conceito; 2ª etapa – validação com especialistas; e 3ª etapa – validação clínica.

4.2 Primeira etapa: análise de conceito

Esta etapa tem a finalidade de identificar atributos definidores e característicos de um conceito, segundo método preconizado por Rodgers (2000).

A análise de conceito incorpora revisão da literatura e construção de teorias. Este método permite o desenvolvimento de modelos para explicar a presença ou não de características definidoras quando ocorre determinado fenômeno.

Segundo Hoskins (1989), a análise de conceito corresponde à estruturação teórica que permite ao pesquisador desenvolver atributos para características definidoras certamente presentes quando ocorre um fenômeno particular. Com base nisso, considera-se que a análise do conceito é a técnica escolhida para auxiliar o uso do pensamento e da comunicação, extremamente útil para clarificar características essenciais do fenômeno. O método de análise de conceitos ajuda a descrever estratégias particulares, especialmente quando o conceito é vago ou tem mais de um significado (WILSON, 2005).

A identificação e o desenvolvimento dos conceitos são vitais para o progresso da disciplina, que tem recebido considerável atenção nas últimas décadas, sob premissa de que o conceito, uma vez formulado, tende a dividir e guiar o fenômeno. Esse processo é dinâmico em resposta ao novo conhecimento, experiências e percepções (MELEIS, 1997).

4.3 Segunda etapa: validação por especialistas

Esta etapa constitui-se da avaliação do instrumento composto por título, definições conceituais, conseqüentes e referências empíricas (definições operacionais) acerca dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, construído na etapa anterior e submetido à apreciação por especialistas, validando o conteúdo diagnóstico.

Para Hoskins (1989), nesta etapa, a lista gerada durante a análise de conceito deve ser revisada por enfermeiros especialistas no fenômeno, que determinarão as características definidoras importantes ou não para compor o diagnóstico de enfermagem.

4.4 Terceira etapa: validação clínica

Esta etapa consiste na confirmação clínica das características definidoras título, definição conceitual e operacional, desenvolvidas na primeira etapa e validadas por enfermeiros especialistas no contexto clínico (HOSKINS, 1989).

5 ANÁLISE DE CONCEITO

5.1 Objetivos específicos da análise de conceito

- ✓ Analisar o conceito dos fenômenos crescimento e desenvolvimento em crianças (bebê, criança que começa a andar e criança no período pré-escolar), segundo eixo V da NANDA-I (2012);
- ✓ Construir as definições conceituais e operacionais (referência empírica) referentes aos fenômenos crescimento e desenvolvimento em crianças.

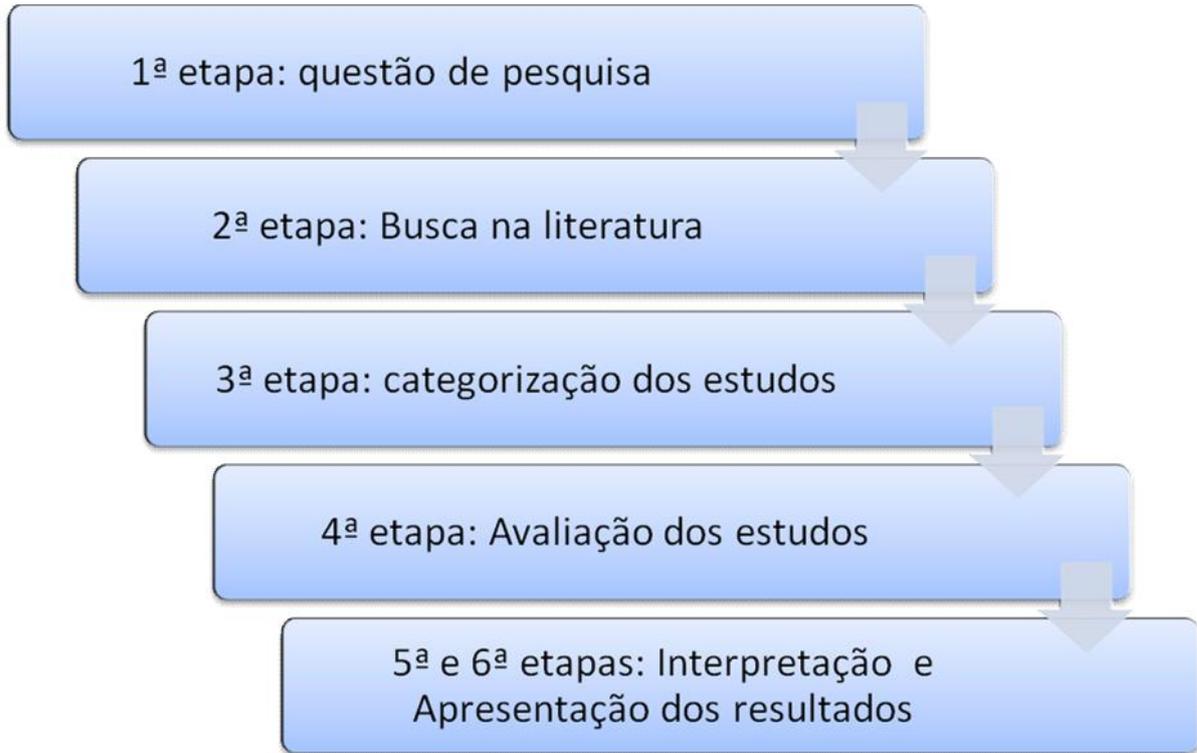
5.2 Materiais e métodos da 1ª etapa: análise de conceito

Conforme explicitado anteriormente, para a execução desta etapa utilizou-se o método de revisão integrativa dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, na tentativa de se extrair conceitos, atributos, antecedentes e consequentes referentes aos fenômenos supracitados, necessários para assessorar na construção do diagnóstico.

É oportuno destacar que a análise de conceito está alicerçada no método evolucionário de Rodgers (2000) e a revisão integrativa na proposta recomendada por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Para tanto, essa etapa foi desenvolvida no período de março de 2011 a junho de 2012, compreendendo as fases de seleção e busca de estudos até a geração de um instrumento com componentes de construção do diagnóstico.

Conforme recomendam Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para a compreensão profunda sobre determinado fenômeno. Para tanto, a revisão deve contemplar as seguintes etapas: 1ª) identificação do tema e seleção da hipótese de pesquisa; 2ª) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3ª) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4ª) avaliação dos estudos incluídos; 5ª) interpretação dos resultados; 6ª) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Essas etapas estão apresentadas na figura a seguir:

Diagrama 1 - Componentes da revisão integrativa da literatura



Fonte: Mendes, Silveira e Galvão (2008).

A etapa de questão de pesquisa (hipótese da pesquisa) incluiu a identificação do problema de interesse, o propósito da revisão integrativa e a elaboração da pergunta norteadora. Dessa forma, o problema de interesse compreendeu a análise dos conceitos de crescimento e desenvolvimento.

Com o intuito de direcionar a busca, elaboraram-se as seguintes perguntas norteadoras:

- 1ª) Qual a definição de crescimento e desenvolvimento? Como eles se caracterizam?
- 2ª) Quais os elementos atributos e consequentes que compõem o crescimento e o desenvolvimento?
- 3ª) Quais as definições conceituais e operacionais (referências empíricas) relacionadas aos consequentes selecionados na literatura?

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos científicos na íntegra, disponíveis eletronicamente nas bases de dados ou nos periódicos disponibilizados pelo portal CAPES, nos idiomas inglês, espanhol ou português e que abordassem os fenômenos crescimento e desenvolvimento na faixa etária infantil, incluindo bebê, criança que começa a

andar e criança no período pré-escolar, segundo a classificação de idade estabelecida no eixo V da NANDA-I (2013) (Tabela 1). Como critério de exclusão se considerou apenas: publicações repetidas.

Tabela 1- Idade específica dos sujeitos dos Diagnósticos, Eixo 5 da NANDA-I. Fortaleza, 2013

Faixa etária dos sujeitos

Feto

Neonato

Bebê

Criança que começa a andar

Criança pré-escolar

Criança em idade escolar

Adolescente

Adulto

Idoso

Fonte: NANDA Internacional, 2013.

Para a seleção dos artigos, utilizaram-se as bases de dados Scopus, National Library of Medicine (Pubmed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e The Cochrane Library, considerando-se as especificidades de cada base de dados. *MeSH*

Para isso, foi realizada a identificação dos descritores no *Medical Subject Headings (MeSH)* e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), considerando-se os termos presentes na pergunta norteadora. Assim, identificaram-se os termos: crescimento e desenvolvimento; pré-escolar; lactente; crescimento; desenvolvimento infantil, *Growth and Development; Preschool; Infant; Crecimiento y Desarrollo; Preescolar; Lactante*; nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, respectivamente.

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

Quadro 1 – Descritores com suas respectivas definições segundo *Medical Subject Headings (MeSH)* e/ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)

1.Crescimento e Desenvolvimento/<i>Growth and Development/Crecimiento y Desarrollo</i> - Mudanças na divisão, no tamanho, componentes e funções de um organismo que ocorrem ao longo do tempo, a partir do tamanho inicial até sua maturação.
--

2. Lactente/<i>Infant/Lactante</i> – Idade entre 1 e 23 meses de vida.

3. Pré-escolar/<i>Child, Preschool/Preescolar</i> – Idade entre 2 e 5 anos de idade.

Fonte: *Medical Subject Headings (MeSH)* e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Todos os artigos identificados foram submetidos a três etapas de avaliação. A primeira dirigia-se à apreciação do título, resumo e descritores que abordassem os fenômenos crescimento e desenvolvimento. A segunda etapa foi dirigida à leitura do material na íntegra, com vistas à identificação da adequação dos artigos às perguntas norteadoras, aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. E a terceira etapa se direcionou à extração das características essenciais: definições conceituais e operacionais, atributos, antecedentes e consequentes acerca dos fenômenos crescimento e desenvolvimento, por meio do método de análise de Rodgers (2000).

As primeiras etapas foram realizadas pela pesquisadora e uma avaliadora simultaneamente, sem haver comunicação entre elas. Posteriormente, a seleção, a escolha e o refinamento dos artigos de cada avaliador foram contrapostos, com o intuito de minimizar os vieses.

Por último, a terceira etapa foi executada pela própria pesquisadora e compreendeu a leitura de trechos relevantes que respondiam às perguntas norteadoras da revisão integrativa. Esses trechos foram grifados, fichados e depois expostos em quadros, de acordo com o país, o ano de publicação, a área profissional, o cenário, a temática do estudo e o nível de evidência. Destaca-se que, para este fim, foi construído um instrumento de revisão adaptado para a análise de conceito de Ursi (2005) (APÊNDICE A).

Para a avaliação dos estudos selecionados quanto ao nível de evidência, adotou-se a proposta de Melnyk, Fineout-Overholt (2011), os quais classificam os estudos segundo as forças de evidências, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2- Classificação do estudo segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)

Classificação do estudo segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)	Força de evidência
<p>Nível I</p> <p><input type="checkbox"/> Síntese de Estudo de coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Síntese de Estudo de caso-controle</p> <p>Nível II</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso-controle</p> <p>Nível III</p> <p><input type="checkbox"/> Metassíntese de estudos qualitativos</p> <p><input type="checkbox"/> Síntese de Estudo descritivo</p> <p>Nível IV</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas um Estudo Qualitativo</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas um Estudo Descritivo</p> <p>Nível V</p> <p><input type="checkbox"/> Opinião de especialista</p>	<p>Mais forte</p>  <p>Menos forte</p>

Posteriormente, são apresentados em quadros os dados de caracterização metodológica dos estudos selecionados para análise de conceito.

Conforme mencionado anteriormente, esta etapa do estudo corresponde à revisão integrativa como método empregado para se extrair conceitos e definições referentes aos fenômenos crescimento e desenvolvimento em crianças. Para isso, foram realizadas as buscas na literatura descritas adiante, conforme apresentam as figuras.

Base de dados SCOPUS

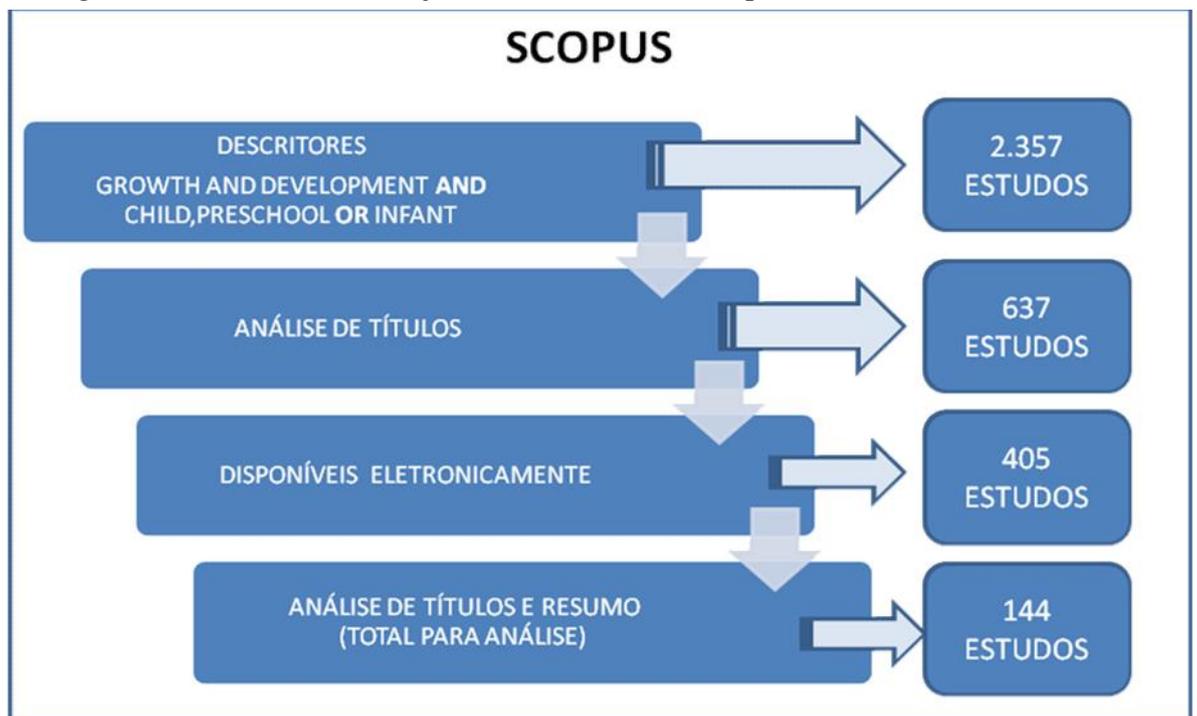
Nesta base, buscou-se a pesquisa avançada para o cruzamento de descritores controlados: **GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL OR INFANT**, utilizando o *link*: MESH TERMS.

Dessa forma, a abrangência dos descritores nesse cruzamento resultou em numerosa quantidade de estudos e, por isso, foram utilizados alguns critérios de delimitação dos estudos, tais como:

- a) Estudos na íntegra publicados entre 2006 e 2011;
- b) Línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Com base nisso, foram selecionados os estudos, conforme o esquema apresentado:

Diagrama 2 - Processo de seleção da base de dados Scopus. Fortaleza, 2013



Foram excluídos os estudos que não respondiam às questões norteadoras previamente estabelecidas, bem como não atendiam aos critérios supracitados.

Base de dados PUBMED (National Library of Medicine)

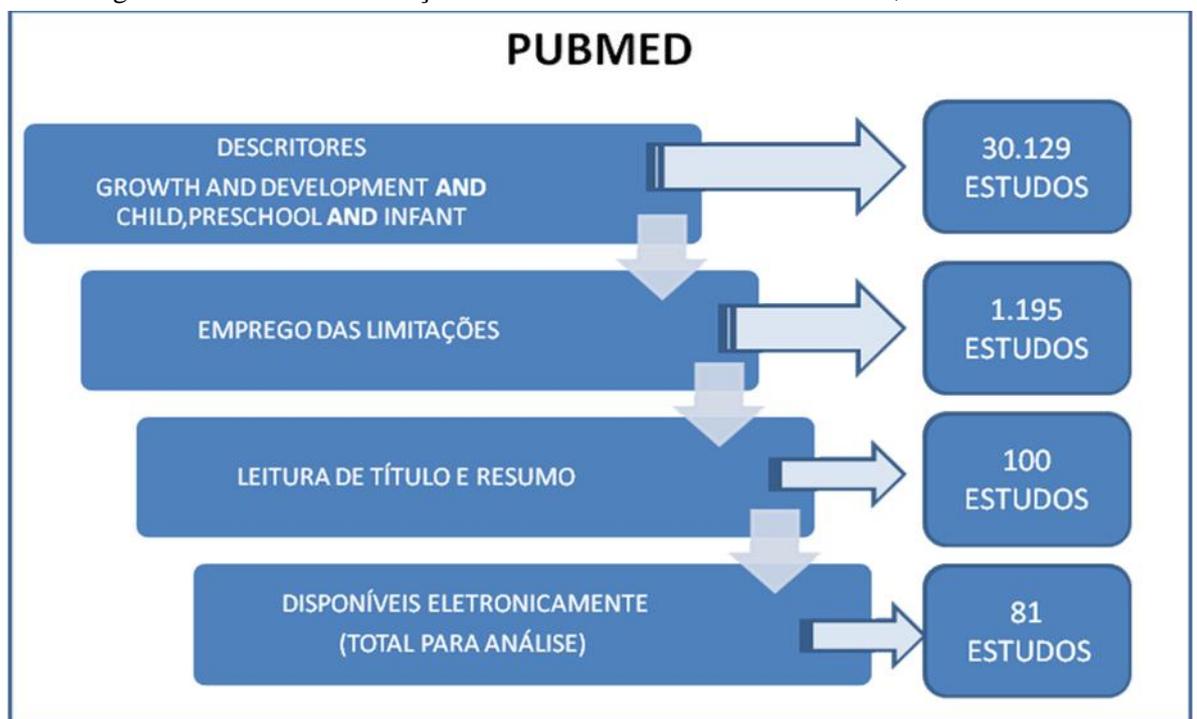
Nesta base, também, buscou-se a pesquisa avançada para o cruzamento dos descritores controlados: GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL AND INFANT.

Considerando exorbitante o quantitativo de estudos a ser analisado, utilizaram-se alguns critérios de delimitação fornecidos pela própria base de dados, tais como:

- a) Espécie humana;
- b) Textos completos;
- c) Línguas inglesa, portuguesa e espanhola;
- d) Idades: ao nascer até 23 meses, ao nascer a 18 anos, ao nascer até 1 mês, 1 a 23 meses, pré-escolares entre 2 e 5 anos;
- e) Estudos publicados nos últimos cinco anos.

Conforme descrito no esquema:

Diagrama 3: Processo de seleção da base de dados Pubmed. Fortaleza, 2013



Foram excluídos os estudos que não respondiam às questões norteadoras previamente estabelecidas, bem como não atendiam os critérios supracitados.

Base de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

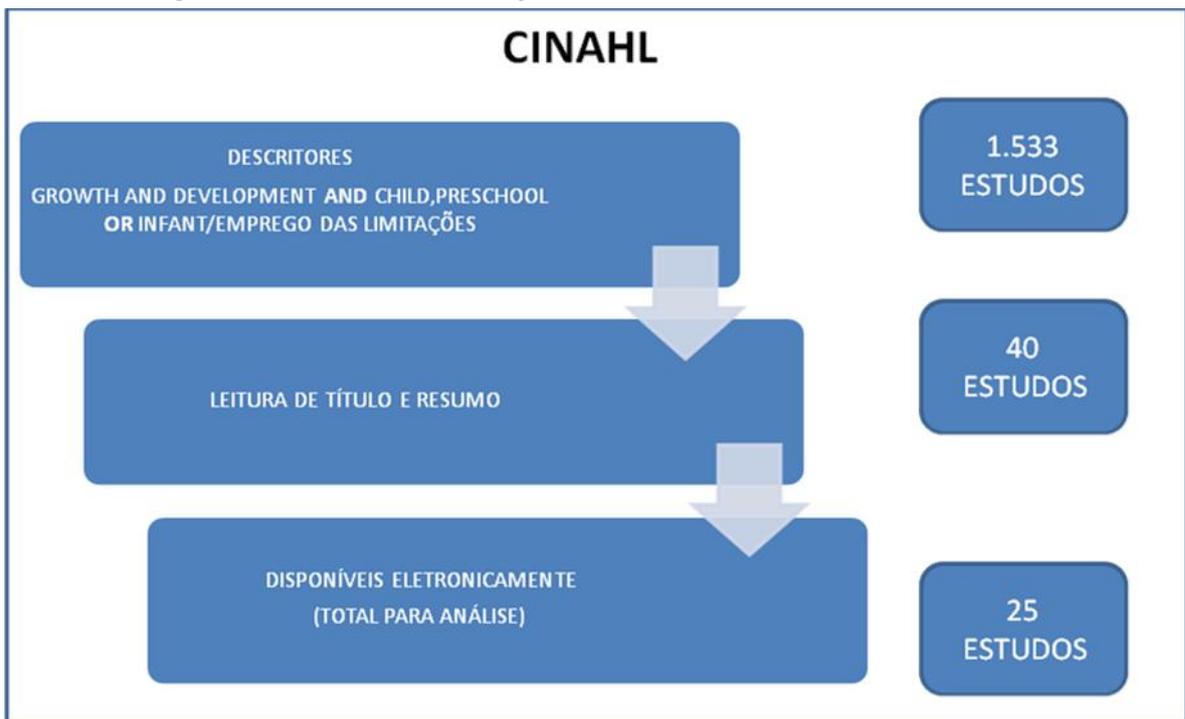
Nesta base, buscou-se o cruzamento dos descritores controlados: GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL OR INFANT (LINK: MH HEADING SUBJECTS).

Considerando exorbitante o quantitativo de estudos a ser analisado, utilizaram-se alguns critérios de delimitação fornecidos pela própria base de dados, incluindo:

- a) Estudos publicados nos últimos cinco anos,
- b) Faixa etária estabelecida entre recém-nascidos e 1 mês, infantes entre 1 mês e 23 meses e pré-escolares entre 2 e 5 anos de idade;
- c) Estudos que tratassem da espécie humana;
- d) Estudos completos disponíveis;
- e) Línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

Conforme descrito no esquema:

Diagrama 4 - Processo de seleção da base de dados Cinahl. Fortaleza, 2013

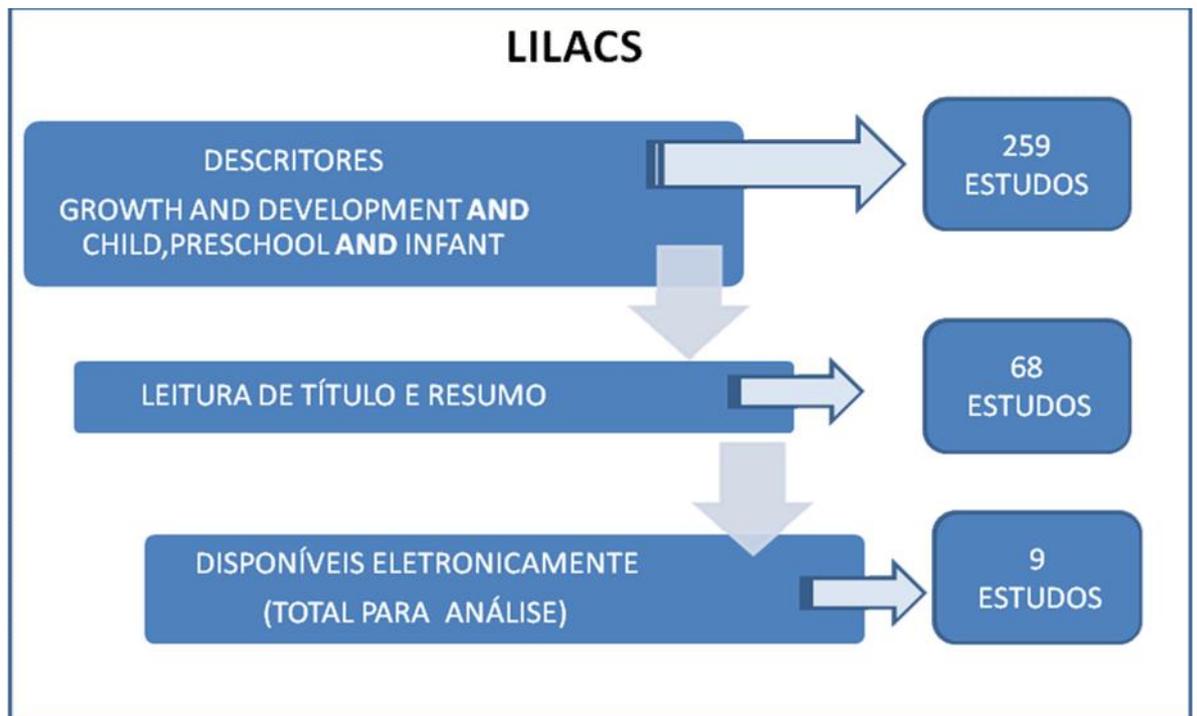


Foram excluídos os estudos que não respondiam às questões norteadoras previamente estabelecidas, bem como não atendiam os critérios supracitados.

Base de dados LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde)

Nesta base, utilizaram-se a pesquisa avançada e o cruzamento dos descritores controlados: GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL OR INFANT, que resultou em mais de 30.000 estudos. Em face disso, optou-se pelo cruzamento utilizando a ligação AND entre os últimos descritores, assim denominados: GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL AND INFANT, sob uso do *link*: PALAVRAS, identificando os estudos, sem delimitações.

Diagrama 5 - Processo de seleção da base de dados Lilacs. Fortaleza, 2013

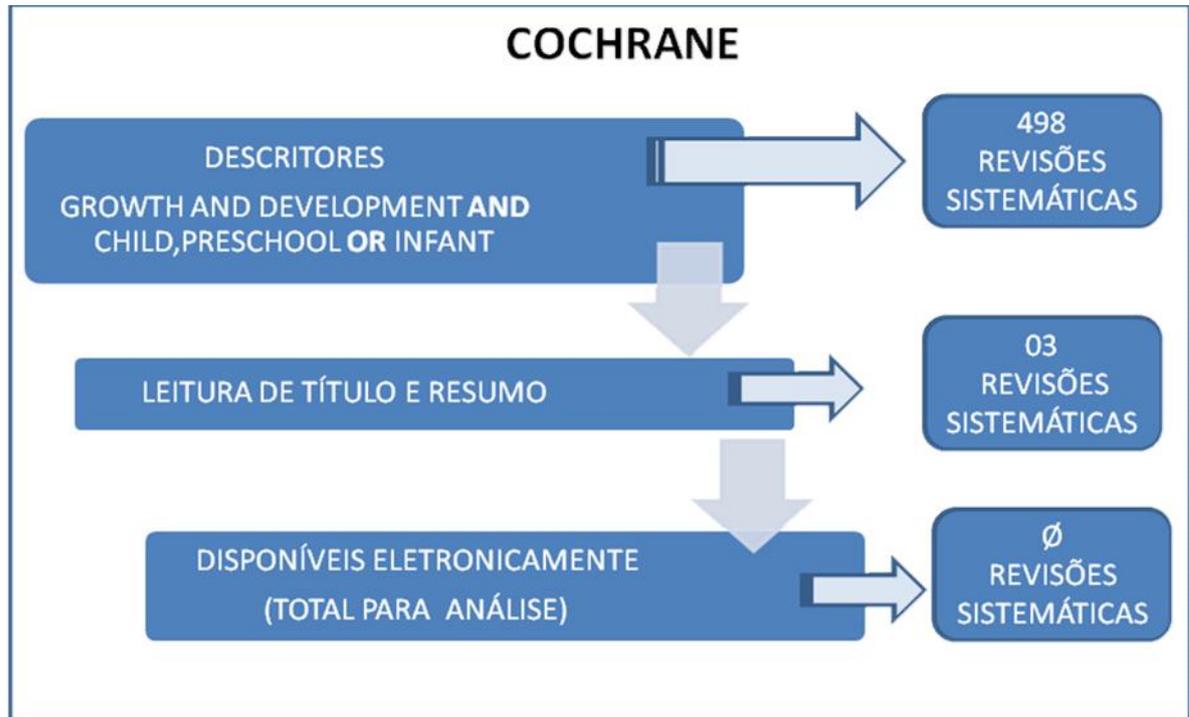


Foram excluídos os estudos que não respondiam às questões norteadoras previamente estabelecidas, bem como não atendiam os critérios supracitados.

Base de dados Biblioteca Cochrane (The Cochrane Library)

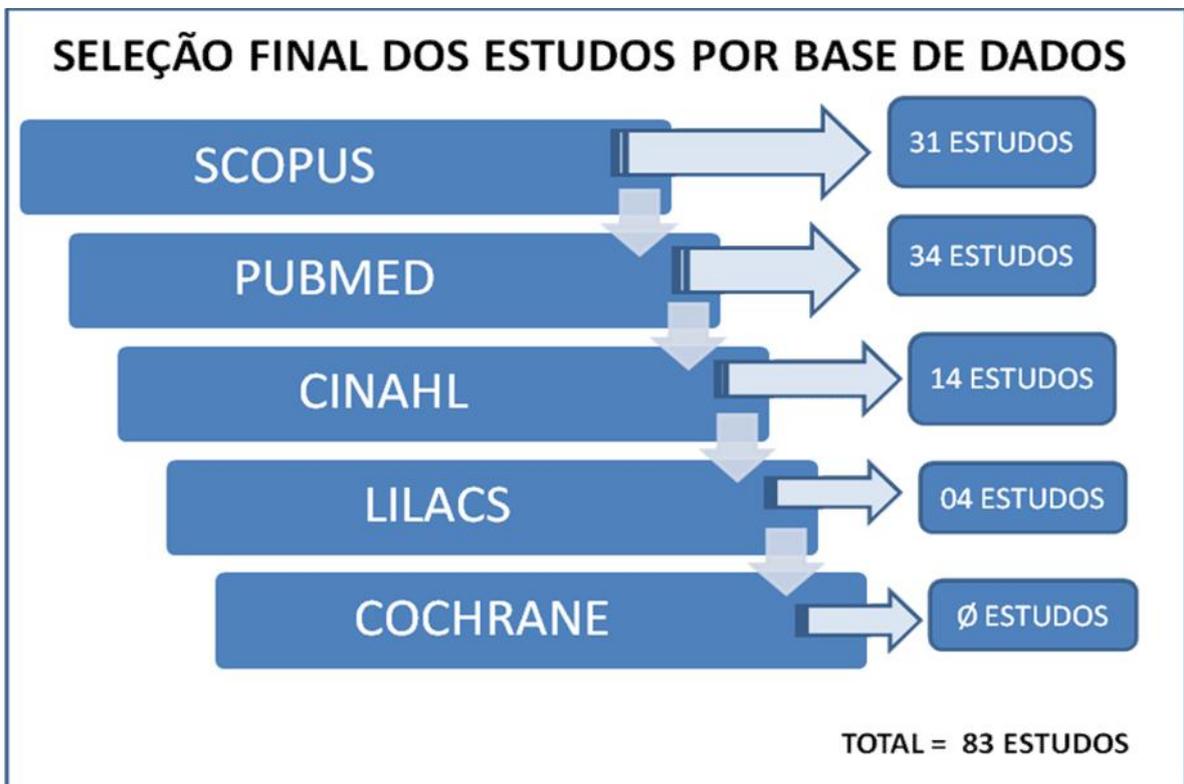
Esta base se restringe aos ensaios clínicos e revisões sistemáticas da literatura. Para isso, utilizaram-se a pesquisa avançada e o cruzamento dos descritores controlados: GROWTH AND DEVELOPMENT AND CHILD, PRESCHOOL OR INFANT, sob uso do *link*: KEYWORDS, conforme esquema adiante:

Diagrama 6 - Processo de seleção na base de dados The Cochrane Library. Fortaleza, 2013



Nesta base de dados, especificamente, os artigos selecionados não estavam disponíveis eletronicamente.

Diagrama 7 - Processo de seleção final dos estudos incluídos para análise de conceito. Fortaleza, 2013.



Para complementar a análise, foram utilizados livros-textos relacionados aos fenômenos, na tentativa de responder as questões norteadoras, tendo em vista que os estudos supracitados não foram suficientes para este fim, especificamente na identificação de referências empíricas (definições operacionais).

Para isso, identificaram-se docentes por correio eletrônico que desenvolvem ou desenvolveram pesquisas e/ou lecionam na área da saúde da criança em programas de graduação e pós-graduação de enfermagem para indicação de livros-texto com ampla utilização e recomendação na referida área, na tentativa de subsidiar a análise dos conceitos.

Sem êxito no retorno de alguns docentes, buscaram-se referências bibliográficas na temática em disciplinas referentes à saúde da criança, em diferentes matrizes curriculares de cursos de enfermagem oferecidos no país.

Além disso, outras fontes foram consultadas para subsidiar a identificação/construção das definições conceituais e operacionais, entre elas: dicionários da língua portuguesa e de termos profissionais da área da saúde, manuais do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que, para a identificação deste material, não foi utilizado critério de seleção.

5.3 Categorização dos estudos

Conforme comentado anteriormente, os estudos selecionados (n= 83) foram minuciosamente analisados quanto aos seus aspectos metodológicos por meio de um instrumento adaptado de Ursi (2005), no qual foram incluídas variáveis particulares à temática.

Ainda, neste momento, as definições conceituais e operacionais relacionadas aos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil foram identificadas e selecionadas por meio da leitura dos estudos.

5.4 Resultados e discussões da análise de conceito

A seguir, os 83 estudos selecionados e analisados para subsidiar a análise de conceito foram expostos em forma de tabelas e quadros de acordo com suas características metodológicas, tais como: país, idioma, ano de publicação, área profissional, cenário, tipo de periódico, tipo de desenvolvimento infantil, base de dados e nível de evidência, conforme apresentam as Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário, tipo de periódico, tipos de domínios do desenvolvimento infantil, base de dados e ano de publicação (n=83). Fortaleza, 2013

Variáveis	Frequência	%
País dos estudos		
Estados Unidos da América	18	21,7
Reino Unido	9	10,8
Japão	6	7,2
Índia	5	6,0
Brasil	5	6,0
Chile	3	3,6
Bangladesh	2	2,4
França	2	2,4
Holanda	2	2,4
Arábia Saudita	2	2,4
México	2	2,4
Jamaica	2	2,4
Austrália	2	2,4
Londres	2	2,4
Canadá	1	1,2
Equador	1	1,2
África do Sul	1	1,2
Itália	1	1,2

Paquistão	1	1,2
Romênia	1	1,2
Israel	1	1,2
Zâmbia	1	1,2
Argentina	1	1,2
Espanha	1	1,2
Irã	1	1,2
Uganda	1	1,2
Quênia	1	1,2
Finlândia	1	1,2
Costa Rica	1	1,2
Guatemala	1	1,2
Total	83	100,0
Área profissional dos autores		
Medicina	44	53,0
Outra	16	19,3
Nutrição	10	12,0
Enfermagem	7	8,4
Psicologia	5	6,0
Saúde Pública	1	1,2
Total	83	100,0
Idioma		
Inglês	78	94,0
Português	3	3,6
Espanhol	2	2,4
Total	83	100,0
Cenário dos estudos		
Comunidade	35	42,2
Literatura	20	24,1
Domicílio	12	14,5
Hospital	10	12,0
Comunidade+hospital	3	3,6
Escola	3	3,6
Total	83	100,0
Tipo de periódico		
Medicina	54	65,1
Nutrição	14	16,9
Outro	11	13,3
Enfermagem	2	2,4
Psicologia	2	2,4
Total	83	100,0
Tipo de domínio do Desenvolvimento		
Infantil		
Físico	48	57,8
Outro	10	12,0
Vários	10	12,0
Crescimento+desenvolvimento	8	9,6
Cognitivo	4	4,8
Psicomotor	2	2,4
Mental	1	1,2

Total	83	100,0
Base de dados		
Pubmed	34	41,0
Scopus	31	37,3
Cinahl	14	16,9
Lilacs	4	4,8
Total	83	100,0
Ano de publicação		
2010	20	24,1
2009	17	20,5
2008	16	19,3
2007	12	14,5
2006	10	12,0
2011	8	9,6
Total	83	100,0

Conforme evidenciado na Tabela 2, a maioria dos estudos concentrou-se nos Estados Unidos da América (21,7%), seguindo-se o Reino Unido (10,8%) e Japão (7,2%). Observa-se que houve uma diversidade de países (30 tipos), o que demonstra uma larga utilização dos fenômenos crescimento e desenvolvimento nos mais diferentes estudos voltados para a criança.

Em contrapartida, o Brasil esteve representado em apenas 6% desses estudos, o que denota ainda a necessidade emergente de pesquisas nesta área, considerando a importância da temática com vistas ao aperfeiçoamento da assistência à criança, principalmente na condição saudável. Apenas cinco estudos foram desenvolvidos no Brasil, o que denota incipiência na temática em estudo, evidenciando uma necessidade urgente de produção científica direcionada à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo em vista que ainda se observa controvérsias e dificuldades entre os profissionais da saúde, particularmente em relação à avaliação dos fenômenos.

A análise de conceito acerca dos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento em crianças saudáveis compreendeu diferentes localidades, distribuídos nas mais variadas localidades do mundo: América do Norte, América do Sul, América Latina, África, Ásia.

Segundo Brasil (2005), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro no cartão da criança, avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. A equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo

busca ativa de crianças no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Com base na descrição supracitada do Ministério da Saúde, faz-se referência ao crescimento por meio de avaliação antropométrica periódica, alusiva ao desenvolvimento físico da criança. Enquanto que o desenvolvimento ainda se restringe à avaliação neuropsicomotora, em detrimento da abordagem geral do desenvolvimento infantil.

No tocante à área profissional, a maioria dos estudos se referia à área da medicina, enquanto que apenas sete estudos traziam o enfermeiro como um dos autores. Particularmente, na enfermagem, nota-se considerada fragilidade clínica quando se avalia o desenvolvimento infantil. Muitas vezes, esta avaliação ocorre superficialmente sobre o crescimento infantil, em face da abrangência do desenvolvimento.

Em virtude do grande emprego do crescimento e desenvolvimento infantil como atribuição do Sistema Único de Saúde e da Promoção da Saúde, observaram-se muitos estudos realizados na comunidade. Por outro lado, reconhece-se que tais fenômenos fazem parte da avaliação integral da criança nos diversos âmbitos da saúde, nos quais o profissional age de maneira preventiva ou curativa, tomando como base os princípios de semiologia básica da criança.

Conforme mencionado anteriormente, em relação ao desenvolvimento infantil, os estudos enfatizam a avaliação do crescimento, considerado, no presente estudo, no domínio físico do desenvolvimento infantil.

Em relação ao ano de publicação, os estudos concentraram-se no ano de 2010, o que denota a necessidade atual dos pesquisadores sobre o emprego de tais fenômenos. Além disso, a notável atualização dos estudos no que concerne ao aspecto evolucionário dos conceitos representa uma característica benéfica para a construção e/ou reformulação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Isso demonstra que a maioria dos estudos encontrados foi produzida nos últimos cinco anos. Nesse ensejo, a NANDA-I (2013) afirma que o processo de construção ou revisão diagnóstica, o qual exige a análise de conceito na literatura, deve ser realizado por estudos recentes publicados nos últimos cinco anos.

No presente estudo, a área profissional dos autores foi destacada pela medicina (53%), por conseguinte, o tipo de periódico ao qual pertencia a maioria dos artigos (65,1%), enquanto que 19,3% dos autores pertenciam a outras áreas, tais como: educação, estatística e sociologia.

Grande parte dos estudos foi extraída da base de dados Pubmed cujo idioma predominante é o inglês, abrangendo estudos indexados na biblioteca nacional de estudos da medicina.

Outro achado oportuno foi o tipo de desenvolvimento abordado nos estudos, de forma bem diversificada: físico (57,8%), outro, incluindo: mental, psicomotor, social (12%), e crescimento e desenvolvimento (9,6%). Por outro lado, 12% dos estudos traziam vários tipos de desenvolvimento em um só estudo, tais como: motor e cognitivo; mental e cognitivo; motor, cognitivo e psicossocial.

Nesse contexto, a maior parcela dos estudos foi realizada na comunidade (42,2%), local onde os fenômenos estão bem empregados, particularmente na atenção primária à saúde.

Quanto ao ano de publicação, os estudos concentraram-se no ano de 2010, uma vez que o período de seleção e busca da produção científica ocorreu em parte do ano de 2011.

A seguir, na Tabela 3 estão apresentados os estudos conforme sua força de evidência.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos segundo o delineamento e a força de evidência estabelecidos por Melnyk, Fineout-Overholt (2011) (n=83). Fortaleza, 2013

Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Frequência	%
I-Síntese de Estudo coorte/caso-controle	I	4	4,8
II-Estudo de coorte/caso-controle	II	45	54,2
III-Metassíntese de estudos qualitativos/Síntese de estudo descritivo	III	10	12,0
IV-Apenas um estudo Qualitativo/Descritivo	IV	19	22,9
V-Opinião de especialista	V	5	6,0

A Tabela 3 aponta que a maioria das publicações destaca estudos de coorte ou caso-controle (54,2%), seguindo-se os estudos descritivos (22,9%), considerando que houve dois extremos de estudos, aqueles com nível II, considerados fortes, e outros com nível IV, considerados fracos. Nesse ensejo, destaca-se que os estudos descritivos subsidiaram a análise conceitual, especificamente na identificação de antecedentes e definições conceituais relativos aos fenômenos crescimento e desenvolvimento.

O elevado número de publicações com evidência clínica forte (coorte ou caso-controle) contribuiu para a extração de parte dos elementos da análise de conceito, especificamente as referências empíricas ou definições operacionais.

Esses tipos de estudos têm capacidade para demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos. Já, nos estudos de caso-controle, dois grupos são escolhidos com base na presença ou ausência do desfecho (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Em seguida, os estudos descritivos e qualitativos também foram encontrados de forma ampla na revisão integrativa. Nesse sentido, ressalta-se que essas pesquisas não representam evidências clínicas fortes, porém, são importantes por fornecerem elementos conceituais para a análise dos fenômenos crescimento e desenvolvimento em crianças, foco do presente estudo.

A seguir, estão expostos em quadros os elementos obtidos na literatura que constituem a análise de conceito segundo Rodgers (2000), relacionada aos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil, incluindo conceitos, atributos, antecedentes, consequentes, definições conceituais e operacionais obtidos mediante a análise dos estudos.

Somando-se a isso, algumas etapas da análise de conceito são descritas detalhadamente, tais como: Identificação de um conceito de interesse; Coleta de dados; Análise dos dados; Identificando um exemplo; Interpretação dos resultados.

5.5 Modelo de análise de conceito segundo Rodgers (2000)

Conforme observado anteriormente, as etapas da análise de conceito ocorrem simultaneamente ao desenvolvimento da revisão integrativa.

Nesse ensejo, vale ressaltar que, durante a leitura da produção científica (n=83) também foram identificados os antecedentes dos fenômenos em estudo. No entanto, esses componentes do conceito foram excluídos da análise, tendo em vista que a estrutura do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde compõe-se somente de título, definição e características definidoras (consequentes dos fenômenos).

Adiante, estão apresentados os elementos conceituais em quadros, separadamente, e tem-se a descrição dos componentes de construção diagnóstica: título do diagnóstico proposto, a definição do diagnóstico de enfermagem proposto com suas respectivas definições conceituais e operacionais. Ressalta-se que toda esta construção foi direcionada para crianças

saudáveis que expressam o desejo de melhorar seu potencial de saúde, caracterizando um diagnóstico na categoria Promoção da Saúde.

A seguir, são apresentados os resultados da análise de conceito segundo Rodgers (2000), por meio de quatro etapas:

- a) Identificando conceitos de interesse;
- b) Coleta e manuseio dos dados;
- c) Análise dos dados (análise da produção científica com vistas à identificação de consequentes, atributos dos conceitos, definições conceituais e operacionais);
- d) Identificação de um exemplo;
- e) Interpretação dos resultados.

a) IDENTIFICAÇÃO DE CONCEITOS DE INTERESSE

O ponto essencial na análise do conceito é escolher o conceito de interesse e as expressões próprias, através da língua escrita ou falada, com vistas à caracterização dos fenômenos de interesse (RODGERS, 2000).

• Possíveis conceitos acerca dos fenômenos crescimento; desenvolvimento; crescimento e desenvolvimento – extraídos da literatura

Nesta etapa, buscou-se responder às perguntas norteadoras: Qual a definição de crescimento e desenvolvimento? Como eles se caracterizam?

Após a leitura da produção científica analisada (n=83) e complementos (livros), obtiveram-se inúmeros conceitos acerca do fenômeno crescimento, os quais estão expostos no Quadro 3.

Quadro 3 – Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno crescimento infantil

Definições conceituais de Crescimento infantil	Referência Bibliográfica	Base de dados
Crescimento engloba uma série de alterações que incluem o aumento do tamanho e complexidade da função do corpo.	JACKSON, A.A. Feeding the normal infant, child and adolescent. Paediatr. Nutr. , v.39, n.1, p. 58-61, 2010.	SCOPUS
Consiste basicamente no aumento da massa corporal que se acompanha de um processo de remodelação morfológica e maturação funcional e são as características fisiológicas que definem a criança e a diferenciam do adulto.	TRAVÉ, T. D.; TORRES, G.; OLASCOAGA, J.H. Estudio longitudinal Del crecimiento em Navarra (1993 a 2007). An. Pediatr. (Barc) , v.70, n.6, p.526-533, 2009.	SCOPUS
É um processo individual caracterizado pelo episódio não linear que resulta na mudança do tamanho entre idades similares em curto intervalo de tempo.	LAMPL, M.; THOMPSON, A.L. Growth cart curves do not describe individual growth biology. Am. J. Hum. Biol. , v.19, p.643-653, 2007.	PUBMED

<p>É o maior evento biológico da infância. Morfologicamente reflete a integração de múltiplos sinais em um processo dinâmico, e a flexibilidade e diversidade dos resultados é documentada pela variabilidade no tamanho fenotípico que é característico de toda a população humana. Crescimento engloba espaços no indivíduo: células, tecido e processo de nível orgânico mediado pela inter-relação entre genoma e fisiologia local para determinar caminhos específicos pelos quais o organismo aumenta em tamanho e em idade do sistema imaturo.</p>		
<p>Crescimento é a divisão celular e o conseqüente aumento de massa corpórea que podem ser identificados em unidades, tais como g/dia, g/mês, kg/ano, cm/mês, cm/ano, ou seja, aumento da unidade de massa em determinada unidade de tempo.</p> <p>O crescimento configura-se pelo aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes. Isso significa um aumento do tamanho das células (hipertrofia) ou de seu número (hiperplasia).</p>	<p>MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E. et al. Pediatria básica. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.</p>	LIVRO
<p>O crescimento pode ser visto como uma mudança quantitativa e o desenvolvimento como mudança qualitativa.</p>	<p>HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; INKELSTEIN, M. WONG Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.</p>	LIVRO
<p>O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão da sua estreita dependência de fatores ambientais/extrínsecos, incluindo alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, além de condições adequadas de habitação e saneamento básico, os quais refletem as condições pregressas e atuais da saúde da criança.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002.</p>	MANUAL
<p>Domínio físico inclui mudanças no tamanho, forma e características do corpo.</p> <p>O desenvolvimento físico se dá do topo para baixo (padrão céfalo-caudal) e do centro do corpo para fora (padrão proximal-distal).</p> <p>O crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde é parte do Desenvolvimento Físico e pode influenciar outros aspectos do desenvolvimento.</p>	<p>BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento. Porto Alegre: Artmed, 2011.</p>	LIVRO
<p>O crescimento é constante; o corpo fica mais delgado e as proporções mais semelhantes às de um adulto.</p>	<p>PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.</p>	LIVRO

A seguir, o Quadro 4 expressa os diferentes conceitos sobre o fenômeno desenvolvimento infantil.

Quadro 4 – Conceitos extraídos da literatura acerca do fenômeno desenvolvimento infantil.

Definições conceituais do Desenvolvimento infantil	Referência	Fontes de Pesquisa
É a medida da maturidade do sistema nervoso central. É relacionado pela interação com o ambiente em que a maturação do cérebro está subordinada. (desenvolvimento neuromotor)	VAN BATENBURG-EDDES, T. et al. Does gestation duration within the normal range predict infant neuromotor development. Early Hum. Dev. v.84, p.659-665, 2008.	PUBMED
Consiste da ligação de domínios: sensorio-motor, linguagem-cognitivo e função social-emocional.	WALKER, S.P. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. Lancet , v. 369, n. 9556, p. 145-157, 2007.	PUBMED
O desenvolvimento da criança é afetado por fatores psicossociais e biológicos e pela herança genética.	GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet , v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.	PUBMED
Desenvolvimento está caracterizado pelo aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções complexas. Ele é mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se também às alterações da composição e do funcionamento das células, à dimensão dos membros, à maturação dos órgãos e à aquisição de novas funções.	MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E. <i>et al. Pediatría básica</i> . 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.	LIVRO
O desenvolvimento é mais amplo, tendo em vista que o crescimento é parte dele, pois representa o desenvolvimento físico avaliado mediante o exame físico da criança por meio da abordagem sistemática céfalo-caudal. O desenvolvimento envolve a personalidade (psicossocial), a capacidade mental (cognitivo, linguagem, moral, espiritual), o autoconceito (imagem corporal, autoestima) e o caráter social por meio de brincadeiras (desenvolvimento sensorio-motor e intelectual).	HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; INKELSTEIN, M. WONG Fundamentos de enfermagem pediátrica . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.	LIVRO
O desenvolvimento baseia-se no exame das habilidades pertencentes aos sistemas motor, perceptivo e linguagem, os quais traduzem	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil . Brasília,	MANUAL

<p>determinadas funções que se apoiam em um processo de maturação neurológica.</p>	<p>2002.</p>	
<p>Desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.</p> <p>“Processo de mudanças mediante o qual a criança alcança maior complexidade em seus movimentos, pensamentos, emoções e relações com os outros”.</p> <p>O desenvolvimento de uma criança é multidimensional e integral, acontece continuamente, porém com padrões únicos, e acontece pela interação com os outros.</p> <p>O desenvolvimento da criança é decorrente de interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente.</p> <p>“desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas”;</p> <p>O desenvolvimento é definido como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. Seu estudo consiste em detectar como e porquê o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objetivos compreender as mudanças que parecem ser universais – mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham. Um segundo objetivo é explicar as diferenças individuais. O terceiro objetivo é compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Esses três aspectos – padrões universais,</p>	<p>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C, 2005.</p>	<p>MANUAL</p>

<p>diferenças individuais e influências contextuais – são necessários para se entender claramente o desenvolvimento da criança.</p>		
<p>É um processo unificado, no qual há dois tipos de mudanças qualitativas (tipo, estrutura e organização) e quantitativas (número ou quantidade, como o crescimento em altura, peso, vocabulário ou frequência de comunicação).</p> <p>O Desenvolvimento Motor é caracterizado por marcos cuja capacidade é de alcançar habilidades sistemáticas da simples à complexa. É um processo contínuo de interação entre o bebê e o ambiente.</p>	<p>PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.</p>	<p>LIVRO</p>
<p>A mudança e a estabilidade nas capacidades mentais, como aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento moral e criatividade, constituem o Desenvolvimento Cognitivo.</p> <p>A mudança e estabilidade na personalidade e nos relacionamentos sociais constituem juntos o Desenvolvimento Psicossocial, o qual pode influenciar o funcionamento físico e cognitivo.</p> <p>O domínio cognitivo inclui mudanças no pensamento, na memória e na resolução de problemas e em outras habilidades intelectuais.</p> <p>O domínio socioemocional inclui mudanças em variáveis associadas ao relacionamento de um indivíduo consigo mesmo e com os outros.</p> <p>O desenvolvimento motor inclui tanto habilidades de movimento (motoras grossas, tais como: engatinhar, correr, andar de bicicleta) quanto de habilidades manipulativas (motoras finas, como: agarrar ou pegar objetos, segurar um lápis ou usar a linha na agulha). Essas habilidades estão presentes de alguma forma em todas as idades.</p>	<p>BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento. Porto Alegre: Artmed, 2011.</p>	<p>LIVRO</p>
<p>É o somatório de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita segundo um plano predeterminado pela herança e modificado pelo ambiente.</p>	<p>BRÊTAS, J. R. S. Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade. São Paulo: Iátria, 2006.</p>	<p>LIVRO</p>

<p>É função da herança de um processo de maturação e da acumulação de experiências de vida, ocorridas em um ambiente propício.</p> <p>É um processo em realização contínua, que se manifesta através da complexidade, diferenciação e enriquecimento gradativamente crescentes de um estágio para outros. O desenvolvimento quase nunca é linear. Por ser um processo biológico continuamente em evolução, a aquisição de uma nova e determinada habilidade acontecerá somente quando um conjunto de requisitos estruturais e funcionais estiver em situação de prontidão.</p> <p>O desenvolvimento, tanto na dimensão biológica como na psicológica/funcional, é produto da interação entre muitas variáveis representadas por fatores intrínsecos ao indivíduo (herança genética), fatores neuroendócrinos e os relacionados ao ambiente, como alimentação, relação afetiva, atenção das necessidades básicas por meio do cuidado materno, social e muitos outros. Não se trata de uma relação linear, mas deve ser interpretada como relação sistêmica (em rede), cujos elementos interagem entre si e produzem uma situação complexa.</p>		
---	--	--

No que concerne à identificação de conceitos na literatura, nota-se que ainda há muitas controvérsias quanto ao emprego do desenvolvimento infantil, tendo em vista que a literatura traz os fenômenos dissociados ou agregados. No entanto, Papalia, Olds e Feldman (2006) colocam que o desenvolvimento é um processo unificado no qual um domínio é influenciado por outro, como o desenvolvimento psicossocial que pode influenciar o funcionamento físico e cognitivo, tendo em vista que o desenvolvimento de uma criança é multidimensional e integral, acontece continuamente, porém com padrões únicos e pela interação com os outros (OPAS, 2005).

Somando-se a isso, evidencia-se que, quando os estudos privilegiam o uso do domínio físico, relacionam-no como crescimento infantil e abordam a sua avaliação apenas por meio de medidas antropométricas ou avaliação motora geral e refinada, quando fazem o uso de escalas.

Em relação às definições sobre crescimento e desenvolvimento advindas da literatura, são evidenciadas situações peculiares a cada fenômeno. O crescimento abrange diferentes conotações, incluindo aspectos fisiológicos. Além disso, observa-se que o crescimento está relacionado às alterações no tamanho e na forma, remetendo às medidas corporais, tratando-se especificamente como algo que se quantifica ou se mede, denotando um caráter físico sobre o fenômeno. Particularmente, o crescimento expressa-se como domínio físico pertencente ao desenvolvimento infantil. Segundo Boyd e Bee (2011), o crescimento está relacionado ao aumento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde, incluindo, sobretudo o desenvolvimento físico.

Entretanto, algumas definições enfocam outros aspectos, tais como capacidades sensoriais, habilidades motoras, o que evidencia relativa integração dos conceitos crescimento e desenvolvimento em seu significado, motivo pelo qual se optou por estudar os fenômenos em conjunto, na proposta de construção diagnóstica, reconhecendo que um seria parte do outro. Marcondes, Setian e Carraza (2002) mencionam que crescimento e desenvolvimento são fenômenos diferentes em sua concepção fisiológica, paralelos em seu curso e integrados em seu significado.

Por outro lado, o desenvolvimento é um fenômeno amplo e complexo, pois integra diferentes domínios: mental, cognitivo, comportamental, perceptivo, motor, físico; os quais acontecem continuamente, porém cada um deles apresenta suas particularidades e influências mútuas. Segundo Brasil (2005), o desenvolvimento é multidimensional e integral.

As definições apresentam considerada semelhança e interligação, ainda que descritas em estudos distintos. No geral, observa-se que o fenômeno crescimento está incluído no desenvolvimento infantil e ambos resultam na avaliação complexa da criança, a qual envolve a influência de fatores genéticos e ambientais.

b) COLETA E MANUSEIO DOS DADOS / c) ANÁLISE DOS DADOS

Na etapa de coleta e manuseio, o pesquisador identifica dados relevantes para os atributos do conceito e as características contextuais (antecedentes, consequentes, variações socioculturais, temporais), ou seja, termos substitutos e relacionados aos dados pertinentes para a aplicação do conceito (RODGERS, 2000).

Na etapa de análise dos dados, o pesquisador desenvolve um processo de contínua organização e reorganização da literatura até que seja gerado um sistema coeso, abrangente e

relevante na tentativa de esclarecer um conceito ainda obscuro na literatura (RODGERS, 2000).

- **Atributos acerca dos fenômenos: crescimento e desenvolvimento**

Reconhecendo que os atributos são elementos importantes, pois estabelecem características inerentes aos conceitos, buscou-se responder à pergunta norteadora: Quais os atributos que compõem o crescimento e o desenvolvimento?

A seguir, estão expostos os atributos referentes ao fenômeno crescimento infantil (QUADRO 5).

Quadro 5- Atributos referentes ao fenômeno crescimento infantil

Atributos do Crescimento infantil	Referências
Desenvolvimento físico	<p>DATAR, A.; JACKNOWITZ, A. Birth weight effects on children's mental, motor, and physical development: evidence from twins data. Matern Child Health J., v.13, p.780-794, 2009.</p> <p>TOMLINSON, M. et al. Pos-partum depression and infant growth in a South African per-urban settlement. Child: Care, Health & Development, v. 32, n.1, p. 81-86, 2006.</p> <p>FULLER, B. et al. The health and cognitive growth of latino Toddlers: at risk or immigrant paradox? Matern. Child Health J., v.13, p.755-768, 2009.</p> <p>KUROKAWA, N. et al. Trends in growth status among schoolchildren in Sedai, Japan, 1994-2003: leveling-off of mean body height and weight. Tohoku J. Exp. Med., v. 216, p.371-375, 2008.</p> <p>COHEN, N. J. et al. Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. J. Child Psychol. Psychiatry; v. 49, n. 4, p.458-468, 2008.</p> <p>BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento. Porto Alegre: Artmed, 2011.</p>
Velocidade de comprimento; índice ponderal; peso e comprimento	<p>BOTTON, J. et al. Parental body size and early weight and height growth velocities in their offspring. Early Hum. Dev.; v.86, p.445-450, 2010.</p> <p>JOHNSON, D.E., et al. Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially to foster vs ongoing institutional care. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., v. 164, n. 6, p. 507-516, 2010.</p> <p>MARQUES, R.C. et al. Maternal fish consumption in the nutrition transition of the Amazon Basin: growth of exclusively breastfed</p>

	<p>infants during the first 5 years. Ann. Hum. Biol., v. 35, n. 4, p.363-377, 2008.</p>
Medidas físicas	<p>JOHNSON, D.E. et al. Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially foster vs ongoing institutional care. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., v.164, n. 6, p. 507-516, 2010.</p> <p>COHEN, N. J. et al. Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. J. Child Psychol. Psychiatry, v. 49, n. 4, p. 458-468, 2008.</p>
Crescimento físico	<p>PARK, H. et al. The impact of nutritional status and longitudinal recovery of motor and cognitive milestones in internationally adopted children. Int. J. Environ. Res. Public Health, v.8, p.105-116, 2011.</p> <p>SAWADA, A., et al. Head growth evaluation in early childhood, from the Japan Children's study. Pediatr. Int., v. 52, p. 343-346, 2010.</p> <p>TIKOTZKY, L. et al. Sleep and physical growth in infants during the first 6 months. J. Sleep Res., v.19, p.103-110, 2010.</p> <p>TRIPATHY, V.; GUPTA, R. Growth among Tibetans at high and low altitudes in India. Am. J. Hum. Biol., v.19, p.789-800, 2007.</p> <p>SACHDEV, H.P.S.; GERA, T.; NESTEL, P. Effect of iron supplementation on physical growth in children: systematic review of randomized controlled trials. Public Health Nutr., v. 9, n. 7, p. 904-920, 2006.</p>
Crescimento linear	<p>CHEUNG, Y.B.; ASHORN, P. Continuation of linear growth and its association with cognitive ability are not dependent on initial length-for-age: a longitudinal study from 6 months to 11 years of age. Acta Paediatr., v. 99, p.1719-1723, 2010.</p> <p>SAWADA, A., et al. Head growth evaluation in early childhood, from the Japan Children's study. Pediatr. Int., v. 52, p. 343-346, 2010.</p> <p>MOZAFFARI-KHOSRAVI, H., et al. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2-5 years old children. Biol. Trace Elem. Res., v.128, p.118-127, 2009.</p> <p>VAN DIJK, C.E.; INNIS, S.M. Growth-curve Standards and the assessment of early excess weight gain in infancy. Pediatrics, v. 123, n.1, p.102-123, 2007.</p> <p>YOKOYAMA, Y. et al. Weight growth charts from birth to 6 years of age in Japanese Triplets. Twin Res. Hum. Genetics, v. 11, n. 6, p. 641-647, 2008.</p> <p>MARQUES, R.C. et al. Maternal fish consumption in the nutrition transition of the Amazon Basin: growth of exclusively breastfed infants during the first 5 years. Ann. Hum. Biol., v. 35, n. 4, p. 363-377, 2008.</p>
Padrão de crescimento	<p>HUI, L.L.; et al. Determinants of infant growth: evidence from</p>

	<p>Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. AEP, v. 20, n. 11, p. 827-835, 2010.</p> <p>AZCORRA, H.; DICKINSON, F.; ROTHENBERG, S.J. Family migration and physical growth in Merida, Mexico. Am. J. Hum. Biol., v. 21, p. 398-400, 2009.</p> <p>GRAY, S.; AKOL, H.A.; SUNDAL, M. Mixed-longitudinal growth of breastfeeding children in Moroto district, Uganda (karamoja subregion). A loss of resiliency? Am. J. Hum. Biol., v. 20, p. 499-509, 2008.</p>
Ganho de peso	<p>CHARLTON, K.E. et al. An assessment of the effectiveness of growth monitoring and promotion practices in the Lusaka district of Zambia. Nutrition, v.25, p.1035-1046, 2009.</p> <p>WOO, J.G. et al. Human Milk adiponectin is associated with infant growth in two independent cohorts. Breastfeeding Med., v. 4, n. 2, p.101-109, 2009.</p>
Crescimento longitudinal	<p>MOZAFFARI-KHOSRAVI, H. et al. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2-5 year-old children. Biol. Trace Elem. Res., v.128, p.118-127, 2009.</p> <p>MARQUES, R.C. et al. Maternal fish consumption in the nutrition transition of the Amazon Basin: growth of exclusively breastfed infants during the first 5 years. Ann. Hum. Biol., v.35, n. 4 p.363-377, 2008.</p>
Desenvolvimento psicomotor	<p>ABUBAKAR, A. et al. Socioeconomic status, anthropometric status, and psychomotor development of Kenyan children from resource-limited setting: a path-analytic study. Early Hum. Dev., v. 84, p. 613-621, 2008.</p>
Tamanho corporal	<p>HEINONEN, K. et al. Prenatal and postnatal growth and cognitive abilities at 56 months of age: a longitudinal study of infants born at term. Pediatrics, v.121, n. 5, p. e1325-e1333, 2008.</p> <p>LUCAS, P. J. et al. The importance of size and growth in infancy: integrated finding from systematic reviews of scientific evidence and lay perspectives. Child: Care, Health and Dev., v. 33, n. 5, p.635 -640, 2006.</p>
Índice de crescimento físico	<p>COLE, M.; COLE, S.R. O desenvolvimento da criança e do adolescente. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</p>
Domínio físico; maturação	<p>BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento. Porto Alegre: Artmed, 2011.</p>
Crescimento fisiológico	<p>PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006</p>

A investigação dos achados apontou diferentes atributos para os fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa forma, os atributos relacionados ao crescimento infantil revelam termos envolvidos com as medidas do corpo: peso, comprimento. Basicamente, referem-se às mudanças antropométricas esperadas para a idade da criança.

Adiante, no Quadro 6 são apresentados os atributos referentes ao desenvolvimento infantil.

Quadro 6 - Atributos referentes ao desenvolvimento infantil

Atributos do Desenvolvimento infantil	Referência
Proficiência cognitiva crescimento cognitivo	FULLER, B. et al. The health and cognitive growth of latino toddlers: at risk or immigrant paradox?. <i>Matern. Child Health J.</i> ; v.13, p.755-768, 2009.
Neuromotricidade	VAN BATENBURG-EDDES, T. et al. Does gestacional duration within the normal range predict infant neuromotor development?. <i>Early Hum. Dev.</i> , v. 84, p. 659-665, 2008.
Comportamento inteligente; inteligência medida	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. <i>Desenvolvimento humano</i> . 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

Os atributos do desenvolvimento infantil abrangem uma diversidade de termos e categorias inerentes ao processo de maturação do organismo. Tais atributos estão em conformidade com o processo de evolução da criança e incluem habilidades, mudanças de comportamento e aperfeiçoamento da linguagem. Os termos denotam ampla extensão do processo de desenvolvimento da criança referente aos sistemas orgânicos. Assim, os atributos do desenvolvimento infantil representam subcategorias do desenvolvimento: motor e cognitivo.

Outro aspecto a considerar são os atributos críticos acerca dos fenômenos, os quais enfatizam o domínio físico do desenvolvimento infantil, por meio da mensuração de alguns indicadores antropométricos: peso, comprimento, circunferências. Além disso, observam-se atributos relacionados ao processo evolutivo acerca dos fenômenos, incluindo: ganho de peso, velocidade de comprimento. Somando-se a isso, a literatura aponta o uso de termos alusivos ao caráter fisiológico do desenvolvimento, em detrimento de outros domínios, a saber.

Chama-se atenção para o termo “maturação”, mencionado na literatura como atributo crítico do crescimento infantil. Acerca desse fato, muitos estudos enfocam que o desenvolvimento infantil relaciona-se ao processo de maturação de órgãos e sistemas, os quais adquirem maior eficiência e habilidade, ao longo do tempo de evolução humana (BRASIL, 2005; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BEE; BOYD, 2011). Nesta situação peculiar, observa-se que esse termo foi encontrado em um estudo que tratava do crescimento infantil, corroborando com outros estudos ao mencionar o crescimento como parte do desenvolvimento infantil.

- **Consequentes dos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento Infantil**

São acontecimentos ou incidentes que sucedem o evento como resultado das ocorrências indicadas no seu conceito (WALKER; AVANT, 2005). Similarmente, correspondem às características definidoras da proposta de construção diagnóstica.

Para a identificação dos consequentes na literatura, buscou-se responder à pergunta norteadora: Quais os consequentes que compõem o crescimento e o desenvolvimento?

A seguir, o Quadro 7 e apresenta os consequentes do crescimento infantil, segundo a literatura específica.

Quadro 7 - Consequentes do crescimento infantil

Consequentes do Crescimento infantil	Referências
Domínio Físico	
Rápido crescimento	<p>BEYERLEIN, A. et al. Early rapid growth: no association with later cognitive functions in children Born not small for gestacional age. Am. J. Clin. Nutr., v. 92, p. 585-593, 2010.</p> <p>HUI, L.L., et al. Determinants of infant growth: evidence from Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. AEP, v. 20, n.11, p. 827-835, 2010.</p> <p>SAZAWAL, S. et al. Micronutrient fortified Milk improves iron status, anemia and growth among children 1-4 years: a Double masked, randomized, controlled trial. PloS ONE; v. 5, n. 8, p.e12167, 2010.</p>
Ganho no comprimento; ganho ponderal	<p>CHEUNG, Y.B.; ASHORN, P. Continuation of linear growth and its association with cognitive ability are not dependent on initial length-for-age: a longitudinal study from 6 months to 11 years of age. Acta Paediatr., v. 99, p.1719-1723, 2010.</p> <p>SAZAWAL, S. et al. Micronutrient fortified Milk improves iron status, anemia and growth among children 1-4 years: a Double masked, randomized, controlled trial. PloS ONE, v. 5, n. 8, p. e12167, 2010.</p> <p>SAHA, K.K. et al. Household food security is associated with growth of infants and young children in rural Bangladesh. Public Health Nutr., v.12, n. 9, p.1556-1562, 2009.</p> <p>WOO, J.G., et al. Human milk adiponectin is associated with infant growth in two independent cohorts. Breastfeeding Med., v.4, n.2, p.101-302, 2009.</p> <p>BELFORT, M.B., et al. Infant growth and child</p>

	<p>cognition at 3 years of age. Pediatrics, v.122, n. 3, p. e689-e695, 2008.</p> <p>COHEN, N. J. et al. Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. J. Child Psychol. Psychiatr., v. 49, n. 4, p. 458-468, 2008.</p> <p>GRIFFITHS, L.J. et al. Differential parental weight and height contributions to offspring birthweight and weight gain in infancy. Int. J. Epidemiol., v. 36, p.104-107, 2007.</p>
Mudanças no peso e no comprimento	HUI, L.L. et al. Determinants of infant growth: evidence from Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. AEP , v. 20, n.11, p. 827-835, 2010.
Ganho de peso; relações: Peso/Idade, Peso/Estatura, Estatura/Idade	<p>JOMAA, L.H.; MCDONNELL, E.; PROBART, C. School feeding programs in developing countries: impacts on children's health and educational outcomes. Nutr. Rev., v. 69, n. 2, p. 83-98, 2011.</p> <p>XIONG, X. et al. Birth weight and infant growth: optimal weight gain versus optimal infant weight. Matern. Child Health J., v.11, p. 57-63, 2007.</p> <p>MULDER, P.J. A concept analysis of effective breastfeeding. JOGNN, v.35, n.3, p.332-339, 2006.</p> <p>BEYERLEIN, A. et al. Early rapid growth: no association with later cognitive functions in children Born not small for gestacional age. Am. J. Clin. Nutr., v. 92, p. 585-593, 2010.</p> <p>SAWADA, A., et al. Head growth evaluation in early childhood, from the Japan Children's study. Pediatr. Int., v. 52, p. 343-346, 2010.</p>
Ótimo ganho de peso	XIONG, X. <i>et al.</i> Birth weight and infant growth: optimal weight gain versus optimal infant weight. Matern. Child Health J. , v.11, p. 57-63, 2007.
Elevado crescimento	PETRILL, S.A. <i>et al.</i> Genetic and environmental influences on the growth of early reading skill. J. Child Psychol. Psychiatr. , v. 51, n. 6, p. 660-667, 2010.
Aceleração secular do peso e comprimento	TRAVÉ, T. D.; TORRES, G.; OLASCOAGA, J.H. Estudio longitudinal Del crecimiento em Navarra (1993 a 2007). An. Pediatr (Barc) , v.70, n. 6, p. 526-533, 2009.
Rápido crescimento	BENTON, D. Micronutrient status, cognition and behavioral problems in childhood. Eur. J. Nutr. , v. 47, suppl 3, p.38-50, 2008.
Mudanças na massa do tecido corporal – músculo, gordura e osso	BEKER, L. Principles of growth assessment. Pediatr. Rev. , v. 27, n. 5, p. 196-199, 2011.
Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular) dentro dos padrões de normalidade.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil . Brasília, 2002.

Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento (relações peso/idade ou peso/altura peso/comprimento e comprimento/idade ou altura/idade).	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002.
Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
Capacidades sensoriais (tato, paladar, olfato, visão, audição e reflexos primitivos) iniciais adequadas	BRÊTAS, J.R.S. Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade. São Paulo: Iátria, 2006.
Brincadeiras ativas e não estruturadas aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos.	BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento. Porto Alegre: Artmed, 2011.

A seguir, o Quadro 8 apresenta os consequentes do desenvolvimento infantil, segundo a literatura específica.

Quadro 8 – Consequentes do desenvolvimento infantil

Consequentes do desenvolvimento infantil	Referências
Domínio Cognitivo	
Alto potencial cognitivo.	DEATON, A. Height, health, and development. PNAS , v.104, n.33, p.13232-13237, 2007.
Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
Aquisição da linguagem.	HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; INKELSTEIN, M. WONG Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
Demonstra padrões de comportamento sociais.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006)
Adquire o autocontrole e a autonomia.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006)
Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
Começa a desenvolver o autoconceito.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; Hockenberry, Wilson e Inkelstein

	(2006)
Domínio Psicossocial	
Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano . 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; Hockenberry, Wilson e Inkelstein (2006)
Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais.	PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano . 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
Amplia seus relacionamentos sociais.	HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; INKELSTEIN, M. WONG Fundamentos de enfermagem pediátrica . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
Ótimo desenvolvimento	HANDAL, A.J. et al. Sociodemographic and nutritional correlates of neurobehavioral development: a study of young children in a rural region of Ecuador. Rev Panam Salud Publica , v. 21, n. 5, p. 292-300, 2007.
Alto nível do processo cognitivo	JONES, S.S. The development of imitation in infancy. Phil. Trans. R. Soc. B , v.364, p.2325-2335, 2009.
Proficiência cognitiva; robusto desenvolvimento infantil; rica demanda cognitiva	FULLER, B. et al. The health and cognitive growth of latino toddlers: at risk or immigrant paradox?. Matern. Child Health J. , v.13, p.755-768, 2009
Melhor habilidade social, mental e motora grossa	FIELD, T.; DIEGO, M. Vagal activity, early growth and emotional development. Infant Behav. Dev. , v.31, p.361-373, 2008.
Elevados escores cognitivos	BELFORT, M.B. et al. Infant growth and child cognition at 3 years of age. Pediatrics , v.122, n.3, p.e689-e695, 2008.
Melhor função cognitiva, educacional e psicossocial	BLACK, M.M. et al. Policies to reduce undernutrition include child development. Lancet , v. 371, n. 9611, p. 454-455, 2008.
Progresso escolar	GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet , v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.
Mudanças emocionais, desenvolvimento de habilidade sociais	BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento . Porto Alegre: Artmed, 2011
Pais e mães/cuidadores sensíveis e responsivos aos sinais e condições da criança Desenvolvimento Social (aos 3 anos) Expressa afeição e hostilidade moderada; envolve-se em troca de papéis sociais. Desenvolvimento Cognitivo (aos 3 anos) Compreende e se comunica efetivamente; envolve-se na resolução de problemas complexos; tem autocontrole na ausência de limites externos; capacidade para planejar e se preparar para uma atividade; capacidade para explorar sistematicamente objetos e situações novas.	COLE, M.; COLE, S.R. O desenvolvimento da criança e do adolescente . 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
Desenvolvimento Social Crianças mais sociáveis, mais positivas no seu	BOYD, D.; BEE, H. A criança em crescimento . Porto Alegre: Artmed, 2011.

<p>comportamento com amigos/irmãos; menos apegadas e dependentes de professores; menos agressivas e destrutivas; mas empáticas e emocionalmente mais maduras em suas interações na escola e em outros ambientes extras.</p> <p>Desenvolvimento Motor Gerais – 18 aos 24 meses – Corre desajeitadamente; sobe escadas com ambos pés; empurra ou puxa caixas com rodas. 2-3 anos – Corre com facilidade; sobe em móveis sem auxílio; reboca e empurra brinquedos grandes. Finas – 18 aos 24 meses – demonstra preferência por uma das mãos; empilha quatro a seis blocos; vira uma página por vez; pega coisas sem perder o equilíbrio; gira tampa para abrir o vidro; 2-3 anos – pega pequenos objetos; arremessa bola pequena quando de pé.</p>	
<p>Desenvolvimento Motor (crianças com até 3 anos) - São capazes de saltar a uma distância de 30 a 60 m; - são capazes de subir escadas sem apoiar, alternando os pés; - são capazes de pular utilizando uma série irregular de saltos.</p> <p>Desenvolvimento Psicossocial (com até 3 anos) - Bebês receptivos à estimulação e demonstram interesse e curiosidade, agem sorrindo; - observa-se troca recíproca entre o bebê e o cuidador; - exprimem suas emoções, demonstram alegria, medo, raiva e surpresa; apego com o cuidador, comunicam suas emoções mais claramente, demonstrando ambivalência; bebês andam e exploram o ambiente; elaboram sua consciência por imaginação, brincadeiras e identificação com adultos; crianças bem adaptadas, confiantes; alcance do apego quando a mãe responde afetuosamente, demonstra prazer e oferece ao bebê contato físico e liberdade para explorar.</p> <p>Desenvolvimento Físico: Apresenta suas capacidades sensoriais (tato, paladar, olfato, visão, audição e reflexos primitivos) iniciais adequadas. - Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas que aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos.</p>	<p>PAPALIA, D.E.; OLDS, W; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.</p>

Em virtude da análise de conceito realizada, bem como da complexidade das diferentes características referentes ao desenvolvimento infantil, neste estudo optou-se por tratar os consequentes (do fenômeno) em três grandes domínios: físico, cognitivo e psicossocial. Além disso, essa decisão também se fundamenta na proposta de construção do diagnóstico na categoria promoção da saúde, o qual apresenta somente características

definidoras (consequentes do fenômeno em estudo) como estrutura diagnóstica. A partir disso, as discussões foram tecidas nesse enfoque do desenvolvimento.

No referente às definições conceituais e operacionais, foram identificados consequentes (características definidoras) acerca dos fenômenos na literatura. No entanto, muitos deles foram extraídos da literatura complementar, tendo em vista que os artigos e outros tipos de estudos obtidos na revisão integrativa não se mostraram suficientes. Além disso, especificamente as referências empíricas ou definições operacionais foram construídas por meio da experiência da pesquisadora e orientadora, pois foi preciso adequar o modo como as características definidoras deveriam ser mensuradas, bem como adequar a referência empírica com a definição conceitual da característica correspondente.

No domínio físico do desenvolvimento infantil referente ao crescimento, a característica definidora *Expressa medidas antropométricas dentro dos padrões de normalidade* está relacionada às referências empíricas peso, comprimento, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular. Brasil (2002) aponta que índices antropométricos são ferramentas importantes para se avaliar o crescimento, bem como podem ser usados juntamente com relações ponderais referentes ao sexo e idade, predizendo o estado nutricional da criança ao estabelecer classificações como graus de desnutrição por meio de testes estatísticos, conforme a característica definidora construída: *Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento*.

Como medida de crescimento, Brasil (2002) evidencia a análise das curvas por meio de índices antropométricos peso, estatura (comprimento ou altura), tendo em vista que esse fenômeno apresenta estreita relação com a herança genética e fatores ambientais, cuja interação permitirá ou não o alcance desta meta biológica: aumento do tamanho corporal (céfalo-caudal, próximo-distal).

No referente às características definidoras *Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário* e *Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário*, Papalia, Feldman e Olds (2006) afirmam que, quando o sistema nervoso central, os músculos e os ossos estão preparados e o ambiente oferece as devidas oportunidades de exploração e prática, as crianças surpreendem os adultos com suas novas capacidades motoras.

Portanto, mudanças no tamanho do corpo, incluindo formato do tronco, bem como a maturação do sistema nervoso central contribuem progressivamente para que a criança adquira novas habilidades no que diz respeito ao equilíbrio de tronco e membros inferiores,

facilitando ficar de pé, caminhar, correr, pular e, também, a coordenação de membros superiores para adquirir com precisão o desempenho em tarefas manuais, tais como: pegar objetos, transferi-los de uma mão para outra e jogá-los. No geral, o alcance dessas habilidades somente ocorrerá se houver consonância entre fatores intrínsecos (genética, fisiológicos) e fatores extrínsecos (ambiente, cuidados gerais, alimentação, estado nutricional) (DATAR; JACKNOWITZ, 2009; HUI LI; ZHU, 2011; GONZÁLEZ; PINO, 2010; WEAVER, 2011; BOTTON et al., 2010).

A característica definidora *capacidades sensoriais iniciais adequadas*, inserida no domínio físico, refere-se à habilidade da criança em responder adequadamente por meio de áreas sensoriais primárias do córtex – tato, olfato, paladar, visão, audição e reflexos primitivos. Particularmente, o cérebro da criança e seu comportamento de resposta agem em consonância em virtude de uma rede de nervos periféricos que se estendem em todas as partes do corpo e, através dessa rede, mensagens sensoriais chegam ao cérebro e comandos motores são enviados de volta (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Segundo os mesmo autores, o tato é o sentido que parece apontar um desenvolvimento mais rápido, exemplo disso se dá quando se acaricia a bochecha de um recém-nascido faminto e este responde tentando encontrar o mamilo do seio materno, expressando sua sensibilidade ao toque. Já o olfato e o paladar são evidenciados quando bebês são amamentados ao seio, uma vez que esta preferência pela fragrância poderia ser considerada um mecanismo de sobrevivência. A audição é outro sentido que também se desenvolve rapidamente logo após o nascimento: bebês com menos de três dias de vida reagem de modo distinto a uma história contada enquanto ainda estavam no útero materno.

Por outro lado, a visão é o sentido menos desenvolvido no nascimento, tendo em vista que as habilidades visuais são adquiridas ao longo do desenvolvimento infantil. Dessa forma, ainda em tenra idade, a criança apresenta visão periférica estreita, dificuldades de acompanhar e fixar objetos, bem como sobre a percepção de cores.

Nesse ensejo, o domínio físico contempla ainda a característica definidora *Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos*, que expressa um momento lúdico sob uso de movimentos físicos e sociais; à medida que a criança se desenvolve, há um crescimento linear e intelectual. Harada, Waksman e Pereira (2006) enfatizam que o ato de brincar envolve a construção de comportamentos futuros e a reprodução de situações do cotidiano que permitem à criança assimilar papéis desempenhados pelos pais e/ou cuidadores, ao passo que também se trata de

um trabalho árduo de esforço físico, pois, ao executá-lo, estimula o desenvolvimento sensório-motor, criatividade, autoconsciência e incorpora valores morais à vida.

Em relação ao domínio cognitivo, a característica definidora *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento* refere-se ao processamento de informações da criança responsáveis pelo seu comportamento inteligente. Portanto, por meio desta característica, a criança absorve pensamentos, ideias, os quais serão necessários na aquisição de memória e resolução de problemas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A característica definidora *Aquisição da linguagem* envolve o desenvolvimento inicial da linguagem por meio de fases da fala: Fala Pré-Linguística, incluindo sons que evoluem do choro para arrulhos e balbucios, imitação acidental e deliberada; Fala Linguística, a qual define-se pela expressão verbal que comunica um significado; e a Fala Telegráfica, representada pela forma inicial da sentença composta apenas por palavras essenciais, geralmente relacionada ao cotidiano da criança, pessoas do convívio e familiares (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Na característica definidora *Demonstra padrões de comportamento sociais*, pode-se enfatizar a necessidade da criança de falar, principalmente na fase do balbucio, quando os adultos ajudam-na a progredir na fala ao repetir sons que ela produz. Assim, o relacionamento dos pais e/ou cuidadores ajuda a criança a experimentar o aspecto social da fala. Isso costuma acontecer quando a criança atinge seus 7 ou 8 meses de vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Ainda no referido domínio do desenvolvimento, a característica *Adquire o autocontrole e a autonomia* revela um período de mudança na personalidade, o qual é representado pela modificação do controle externo para o autocontrole. Isso se dá quando, ao final do primeiro ano de vida, a criança substitui o julgamento dos seus pais pelos seus, sobretudo por meio da aquisição de novas palavras. Exemplo disso é o momento de abandono das fraldas, que representa passo importante para autonomia e autocontrole (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Além disso, o processo de desenvolvimento infantil, uma vez adequado, possivelmente desencadeará a formação da autoestima, do autoconceito e da autonomia infantil (KRAMER *et al.*, 2008).

A característica definidora *Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência* faz alusão ao comportamento dos terríveis 2 anos, em que a criança expressa a necessidade de autonomia em suas tarefas cotidianas, ao passo que a dependência ainda persiste pela dúvida e vergonha ainda presentes, especificamente por evidenciarem receio

perante as regras e normas estabelecidas pelos pais, pois nesta fase as crianças precisam de seus genitores e/ou cuidadores para fixar limites adequados (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Começa a desenvolver o autoconceito é uma característica definidora que expressa a necessidade da criança de mostrar ao mundo suas particularidades, o que representa passo essencial para o desenvolvimento de padrões de comportamento. Inicialmente, as crianças se reconhecem fisicamente diante de sua imagem projetada no espelho entre os 18 e 24 meses de idade, para que, em seguida, estabeleçam sua autoavaliação e, posteriormente, demonstrem resposta emocional quando são desaprovadas por alguém (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Ainda nesse discurso, o domínio psicossocial do desenvolvimento infantil aborda a característica definidora *Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários*, a qual se refere a um processo de regulação mútua: crianças e pais/cuidadores se comunicam adequadamente, o que favorece a interpretação do comportamento dos outros. Isso normalmente acontece nas tarefas cotidianas, quando os pais executam atividades, incluindo cozinhar, costurar e varrer a casa e, de forma súbita, são surpreendidos pelos filhos copiando a mesma tarefa. Esse padrão de comportamento pode começar depois dos 6 meses de vida, quando as crianças começam a julgar as possíveis consequências dos eventos e imitam comportamentos complexos (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A característica definidora *Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais* enfatiza o contato sensível e responsivo dos pais e/ou cuidadores que se inicia ainda no primeiro ano de vida. Na Teoria de Erikson, este item se refere à primeira crise do desenvolvimento psicossocial. Para essa Teoria, a criança deve desenvolver um equilíbrio entre confiança, a qual lhe permite formar relacionamentos íntimos, e desconfiança, que permite à criança se proteger (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Por fim, a característica definidora *Amplia seus relacionamentos sociais*, na qual a criança demonstra interesse por pessoas desconhecidas com as quais tem pouco contato, particularmente crianças do seu próprio tamanho corporal (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Essa característica evidencia que a sociabilidade da criança acontece em conformidade com seu processo de evolução. No geral, a socialização se inicia com a imitação de outras crianças. Portanto, quanto mais cedo isso acontece, mais sociável e melhor temperamento terá a criança, sobretudo em relação à sua capacidade de se adaptar às novas mudanças e pessoas.

Segundo Walker e Avant (2005), as referências empíricas ou definições operacionais são meios pelos quais se propõe medir o conceito. São importantes para o desenvolvimento de instrumentos acurados, contribuindo com a validação de conteúdo (CAVALCANTE, 2011).

Cabe ressaltar que, no presente estudo, as referências empíricas foram construídas por meio da revisão integrativa da literatura, complementadas por outras fontes, tais como livros, dicionário da língua portuguesa e dicionário de termos técnicos (QUADRO 9).

d) IDENTIFICANDO UM EXEMPLO

Nesta etapa, o pesquisador realiza uma demonstração prática do conceito em um contexto relevante, com o objetivo de ilustrar as características do conceito e aumentar a aplicação clara e efetiva sobre ele (RODGERS, 2000).

Esta etapa visa ilustrar o conceito através de um exemplo que contenha os atributos dos fenômenos crescimento e desenvolvimento. Exposto a seguir:

Criança acompanhada em um serviço de saúde para realização da avaliação do crescimento e desenvolvimento. Inicialmente, o enfermeiro observou a interação entre mãe e filho, bem como o modo com que a criança adentrou ao consultório com a mãe. Na avaliação do crescimento, foram mensurados: peso, comprimento, circunferência cefálica da criança, realizando comparativos com padrões infantis de crescimento. Em seguida, na avaliação do desenvolvimento, o enfermeiro observou a reação da criança durante o contato verbal, solicitando-a a falar ou balbuciar. Durante pequeno intervalo de tempo, o enfermeiro interagiu com a criança por meio de brincadeiras. Por fim, o enfermeiro posicionou a criança sobre a cama, simulou a marcha e, posteriormente, entregou pequenos blocos retangulares à criança estimulando-a ao manuseio adequado.

Esse caso é uma situação exemplar que descreve os componentes essenciais. Representa características que englobam o desenvolvimento físico (crescimento), mediante a mensuração das medidas antropométricas, avaliando concomitantemente outros subtipos do desenvolvimento: motor fino e grosso, cognitivo, intelectual e mental.

Ressalta-se: este caso-modelo é fictício e contempla os atributos, bem como elementos conceituais e operacionais identificados na literatura para os fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil, tais como: peso, comprimento, circunferência cefálica, contato verbal, brincadeiras, falar, balbuciar, simulação da marcha.

e) INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise de conceito é um processo que identifica um consenso ou “estado da arte” do conceito, na tentativa de prover importantes fundamentos para pesquisas futuras (RODGERS, 2000).

Com base nesses achados, no presente estudo, identificou-se que, diferentemente do que alguns autores colocam, os fenômenos crescimento e desenvolvimento se encontram unidos e, por conseguinte, considerou-se que o crescimento apresenta uma conotação quantitativa, relativa às medidas de peso, comprimento, pregas cutâneas e circunferências, fazendo parte de um domínio do desenvolvimento infantil, denominado físico. E, por isso, neste estudo, a análise de conceito trouxe subsídios para se trabalhar com três tipos de domínio do desenvolvimento infantil: físico, cognitivo e psicossocial.

A seguir, expõem-se no quadro-síntese os resultados obtidos pela análise de conceito, os quais são pertinentes à construção do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde (QUADRO 9).

Quadro 9 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde após análise de conceito

Títulos		
Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)		
Disposição para desenvolvimento infantil aumentado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)		
Definições		
Definição 1: Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que são suficientes para a criança alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras refinadas e gerais, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).		
Definição 2: Padrão de mudanças contínuas nos domínios físicos, cognitivos e psicossociais necessárias para a criança atingir funções gradativamente mais complexas de um estágio para outro.		
Definição 3: Mudança gradual e progressiva de habilidades/competências mais simples para as mais complexas atividades da criança com relação à progressão do seu crescimento (princípio céfalo-caudal/próximo-distal), aprendizado (vocabulário mais complexo) e maturidade dos sistemas fisiológicos (tipo, estrutura e organização).		
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
Domínio Físico		
Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/estatura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular) dentro dos padrões de normalidade.	Definição conceitual: São indicadores utilizados para avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal da criança (GONZÁLES; PINO, 2010).	Referência empírica: Peso; estatura (comprimento ou altura); circunferência cefálica; circunferência braquial; prega cutânea do tríceps e prega cutânea subescapular.

Peso	<p>Definição conceitual: É a resultante do sistema de forças exercidas pela gravidade sobre a massa corporal (TELLES; BARROS FILHO, 2003).</p>	<p>Referência empírica: A criança deveria estar descalça, sem acessórios (chupeta, pulseira, fitas no cabelo) e com o mínimo de vestimenta, posicionada no centro da balança analógica ou digital de mesa em superfície plana, deitada ou sentada, a depender do seu estágio de desenvolvimento (JARVIS, 2002). As balanças mais apropriadas possuem divisões em, no mínimo, 100 g, com capacidade total de, no mínimo, 25 kg (BRASIL, 2002).</p>
Estatura (Comprimento ou Altura)	<p>Definição conceitual: É a distância compreendida entre dois planos que tangenciam respectivamente a planta dos pés e o vértex (ponto mais alto da cabeça) (BROCK; FALCÃO, 2008). <i>Comprimento:</i> É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 0 a 23 meses (BRASIL, 2002). <i>Altura:</i> É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 24 a 72 meses (BRASIL, 2002).</p>	
Comprimento	<p>Referência empírica: A criança deve estar com roupas leves ou despida, descalça, com cabelos soltos e sem acessórios, em decúbito dorsal numa tábua horizontal de medida com haste limitada entre a cabeça e os pés da criança esticados, mantendo os joelhos juntos e retilíneos sobre uma superfície plana, utilizando um antropômetro. Para isso, deite a criança mantendo seus ombros e cabeça apoiados na mesa ou superfície plana. Segure os tornozelos da criança mantendo suas pernas esticadas. Encoste a cabeça da criança na extremidade fixa do antropômetro. Deslize a peça móvel do instrumento até encostar nos calcanhares, mantendo os joelhos bem estendidos. Proceda à leitura da medida. (BRASIL, 2002)</p>	
Altura	<p>Referência empírica: Deve ser obtida com a criança em pé, descalça, com o mínimo de vestimenta, sem acessórios no cabelo, sobre uma balança plataforma com antropômetro ou em antropômetro de parede. Coloque a criança de pé, sem curvar os joelhos, braços ao longo do corpo, com os calcanhares e ombros eretos e olhando para frente. Deslize a haste metálica da balança até encostar na cabeça da criança, com pressão suficiente apenas para comprimir os cabelos, mantendo-a firme. Proceda à leitura da medida. (BRASIL, 2002)</p>	

Circunferência cefálica	Definição conceitual: É a medida do perímetro da cabeça. Avalia o crescimento da cabeça ou do cérebro nos primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2002).	Referência empírica: O examinador circunda a cabeça da criança com a fita métrica graduada em centímetros nas proeminências ósseas frontal e occipital mais salientes (JARVIS, 2002).
Circunferência braquial	Definição conceitual: É a medida do perímetro do braço.	Referência empírica: Com a criança sentada ou de pé, com o braço esticado ou relaxado ao lado do corpo. O examinador envolve a fita métrica em torno do braço em um ponto médio, entre o acrômio e o processo olecraniano. Para isso, a fita deve estar posicionada horizontalmente na linha média (JARVIS, 2002)
Pregas cutâneas	Definição conceitual: É a medida entre o polegar e o indicador na qual se define o tecido celular subcutâneo do músculo subjacente (TELLES; BARROS FILHO, 2003).	
Prega cutânea tricipital	Referência empírica: Após medir o ponto médio do braço que se localiza entre os processos acromial da escápula e olecraniano da ulna, o examinador utiliza o polegar e o indicador da sua mão esquerda. No ponto médio, ele segura suavemente uma prega da pele e a gordura da face posterior do braço da criança, paralelamente ao eixo longitudinal, estica suavemente a prega cutânea, afastando-a do músculo subjacente, mantém a prega cutânea presa com o adipômetro horizontalmente e faz a leitura. (JARVIS, 2002)	
Prega cutânea subescapular	Referência empírica: Com a criança sentada no leito ou sobre os braços dos pais/cuidadores com o braço em extensão, o examinador posiciona-se atrás dela e faz a pinça obliquamente em relação ao eixo longitudinal, seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 1 centímetro do ângulo inferior da escápula. Em seguida, o examinador aplica a embocadura do adipômetro horizontalmente à prega de gordura. (TELLES; BARROS FILHO, 2003)	

<p>Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento</p>	<p>Definição conceitual: São combinações de índices que permitem descrever a condição antropométrica da criança individual ou do grupo de crianças que apresenta crescimento satisfatório (BRASIL, 2002).</p>	<p>Referência empírica: Relação Peso/idade; relação Peso/estatura; relação Estatura/idade</p>
<p>Relação Peso/Idade</p>	<p>Definição conceitual: É o significado de variações do peso em relação à idade e reflete qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde da criança (BRASIL, 2002).</p>	<p>Referência empírica: É a correspondência do peso pela idade. Vide a referência empírica do peso.</p>
<p>Relação Peso/Comprimento ou Peso/Altura</p>	<p>Definição conceitual: É a relação importante para detectar deficiências recentes de peso (desnutrição aguda) (BRASIL, 2002).</p>	<p>Referência empírica: É a correspondência do comprimento pelo peso. Vide as referências empíricas do peso, do comprimento e da altura, respectivamente.</p>

<p>Relação Estatura/Idade (Comprimento/Idade ou Altura/Idade)</p>	<p>Definição conceitual: É a relação utilizada para o acompanhamento do crescimento linear da criança (BRASIL, 2002).</p>	<p>Referência empírica: É a correspondência do comprimento pela idade. Vide a referência empírica do comprimento/altura. <i>Observação:</i> Todas essas relações mencionadas são obtidas com a aplicação de procedimentos estatísticos: a distribuição percentilar difundida em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observada para uma determinada idade ou sexo, que estima a classificação da criança de mesma idade e sexo em relação ao parâmetro avaliado; e o escore Z que representa afastamentos da mediana em unidades de desvio padrão. Tais procedimentos são calculados nos programas <i>Anthro</i> e <i>Nutristat</i>. A seguir, os valores de classificação em percentis normais: - Entre os percentis 97 e 3: faixa de normalidade nutricional; Valores em Escores Z: Os pontos de corte recomendados para determinar o padrão de normalidade encontram-se entre 2 unidades de desvio padrão abaixo e acima do valor médio. (BRASIL, 2002)</p>
<p>Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário.</p>	<p>Definição conceitual: São habilidades físicas que utilizam os músculos maiores e nelas a criança demonstra a capacidade de executar movimentos corporais, tais como: pular e correr (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referências empíricas: <i>Imês:</i> Levanta ligeiramente a cabeça. <i>2 a 3 meses:</i> Levanta a cabeça até uma altura de 90° quando deitada na posição ventral.</p>

		<p><i>4 a 6 meses:</i> Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta quando está sentada.</p> <p><i>7 a 9 meses:</i> Senta-se sem apoio; engatinha.</p> <p><i>10 a 12 meses:</i> Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.</p> <p><i>13 a 18 meses:</i> Caminha para trás e de lado; rola bola de volta para adulto; bate palmas.</p> <p><i>19 a 24 meses:</i> Sobe e desce escadas; dois pés por degrau; salta do chão com os dois pés.</p> <p><i>3 anos:</i> Corre com facilidade; sobe em móveis sem auxílio, reboca e empurra brinquedos.</p>
<p>Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário.</p>	<p>Definição conceitual: São habilidades físicas que utilizam os músculos menores e a coordenação entre olhos e mãos, tais como: copiar figuras e abotoar (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referencias empíricas: <i>1 mês:</i> Segura objeto colocado na mão. <i>2 a 3 meses:</i> Começa a bater nos objetos à vista. <i>4 a 6 meses:</i> Alcança e pega nos objetos. <i>7 a 9 meses:</i> Transfere objetos de uma mão para outra. <i>10 a 12 meses:</i> Mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar a comida à boca. <i>13 a 18 meses:</i> Empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja. <i>19 a 24 meses:</i> Utiliza a colher para se alimentar, empilha 4 a 10 blocos. <i>3 anos:</i> Pega pequenos objetos, arremessa bola pequena quando de pé. (BEE; BOYD, 2011)</p>

Capacidades sensoriais iniciais adequadas	Definição conceitual: Conhecidas também como áreas sensoriais primárias do córtex responsáveis pela análise inicial das informações sensoriais (COLE; COLE, 2003).	Referência empírica: Tato, Olfato, Paladar, Audição, Visão, Reflexos primitivos e um adaptativo
Tato	Definição conceitual: Sentido pelo qual se percebe a extensão, a consistência, a forma e a temperatura de algo (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).	Referência empírica 1: Quando pais/cuidadores acariciam a bochecha de uma criança faminta perto da boca, ela reage tentando encontrar um mamilo (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Referência empírica 2: Pais e/ou cuidadores, durante os momentos de interação com a criança, tocam partes do corpo dela, especialmente as mãos e ponta dos dedos, para sentir o calor (das pessoas), frio (água fria), macio (toalhas, objetos felpudos), áspero (escova) e o prazer (cócegas, carícias) (BRETAS, 2006).
Olfato	Definição conceitual: Sentido com que os cheiros são percebidos, identificados e diferenciados (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).	Referência empírica: Durante seus cuidados diários, pais e/ou cuidadores introduzem no ambiente diversificados odores: frutas, verduras, perfumes, essências, flores, sabão, temperos, colocados a diferentes distâncias (BRETAS, 2006).
Paladar	Definição conceitual: Sentido da percepção do gosto e dos sabores (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).	Referência empírica: Durante a alimentação, pais e/ou cuidadores estimulam seus filhos a experimentar sabores diferentes, como doce (sucos), salgado (sopas), amargo (legumes), azedo (frutas) para desenvolver o sentido do paladar (BRETAS, 2006).

Audição	<p>Definição conceitual: É o ato de ouvir. Sentido pelo qual se percebe o som (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).</p>	<p>Referência empírica: O uso de chocalhos sonoros, sinetas, apitos e assobios acionados pelos pais/cuidadores em diferentes posições ao redor da criança para incentivar a percepção e reconhecimento de sons (BRETAS, 2006).</p>
Visão	<p>Definição conceitual: Sentido pelo qual se percebe a luz, cores, formas e reações espaciais através do sistema de captação e elaboração formadas pelo órgão da visão e pelo cérebro (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).</p>	<p>Referência empírica: Os pais/cuidadores apresentam-se para a criança, em sua linha média de visão, a aproximadamente 20 cm de distância. Em seguida, pais/cuidadores, movimentam objetos coloridos, de formas diferente, de cores claras e escuras, brilhantes, na frente da criança, ou podem mantê-los suspensos no berço ou carrinho de passeio à distância de 20 a 24 cm dos olhos da criança. A partir do 4º mês, pais e/ou cuidadores utilizam diferentes móveis à distância de 30 a 37 cm dos olhos da criança ou podem movê-los no ar, em círculo e sem círculo, para que ela siga-os com os olhos. (BRETAS, 2006)</p>
Reflexos	<p>Definição conceitual: Reações inatas da criança, involuntárias e automáticas à estimulação (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referências empíricas <i>Reflexo primitivo da Preensão:</i> Ao estimular a criança com cócegas na mão, esta agarra firmemente o dedo do examinador. Cessa por volta do 4º mês. <i>Reflexo primitivo de marcha:</i> Ao segurar a criança com as mãos sob os braços (na região das axilas), esta faz movimentos semelhantes a passos, alternando os pés como se caminhasse. Cessa por volta do 3º mês. <i>Reflexo Babinski:</i> Ao estimular a criança com cócegas na planta</p>

		<p>do pé, esta abre os dedos do pé em leque. Cessa aproximadamente entre 6 e 9 meses.</p> <p><i>Reflexo adaptativo de Busca:</i> Ao estimular a criança com um toque na região perioral com as pontas dos dedos, esta vira a cabeça em direção ao toque, abre a boca e faz movimentos de sucção. Cessa por volta dos 6 a 8 meses de idade (BEE; BOYD, 2011).</p>
<p>Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos.</p>	<p>Definição conceitual: É o ato de brincar com disposição e energia, sem seguir regras. Nele as crianças estimulam seus sentidos, aprendem a usar os músculos, coordenam a visão com movimentos, adquirem domínio sobre seu corpo e novas habilidades (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referências empíricas: <i>Nos primeiros 6 meses:</i> manipula com facilidade chocalhos, móveis pendurados sobre o berço, objetos leves de borracha para morder, saquinhos de pano com texturas diferentes, bolas de pano; <i>Entre 6 e 12 meses:</i> manipula com facilidade argolas, objetos de borracha maciça, encaixes simples utilizando forminhas de empadinhas; <i>Entre 1 e 2 anos:</i> manipula com facilidade caixas com orifícios de tamanho e formas diferentes, livros de figura de pano, colar de contas coloridas, utensílios para mexer com água e terra; <i>Entre 2 e 3 anos:</i> manipula com facilidade velocípedes, revistas velhas para picar, carrinhos, trenzinhos, panelinhas, argila, massa para modelagem, giz de cera. (BRETAS, 2006)</p>
Domínio Cognitivo		
<p>Expressa capacidades iniciais de percepção e processamento</p>	<p>Definição conceitual: Capacidades concentradas nos processos envolvidos na percepção, aprendizagem, memória e resolução de problemas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referências empíricas: Habituação; Desabituação; Preferência visual; Transferência intermodal</p>

Habituação/ Desabituação	<p>Definição Conceitual: <i>Habituação:</i> Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com um estímulo reduz, retarda ou elimina uma resposta. <i>Desabituação:</i> Aumento na responsividade após o acréscimo de um novo estímulo. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>Referência empírica: Uma criança que está mamando normalmente para quando seu pai ou cuidador é apresentado pela primeira vez chamando-lhe a atenção, e só volta a mamar quando seu pai/cuidador desaparece. Em outro dia a mãe percebe que o pai/cuidador apresenta-se à criança durante a mamada e esta não reage. No entanto, durante a mamada, a criança reage quando ouve um som estranho na casa.</p>
Preferência visual	<p>Definição conceitual: Tendência da criança de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referência empírica: Sempre que a criança recebe um novo brinquedo, ela sorri, movimentava os membros, permanece com ele durante todo o dia, enquanto que despreza os brinquedos antigos.</p>
Transferência intermodal	<p>Definição conceitual: Capacidade da criança de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referência empírica: Ao ouvir seu pai ninar para dormir, a criança reage com olhar fixo para ele, permanecendo quieta, fecha os olhos e responde emitindo sons guturais.</p>
Aquisição da linguagem	<p>Definição conceitual: É a aquisição de um sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática, a qual compreende a fala pré-linguística em que a criança produz sons que não são palavras, incluindo choro, balbúcio, arrolho e imitação acidental. E a fala linguística, a qual expressa a transmissão de um significado.</p>	<p>Referência empírica: <i>1 a 2 meses:</i> percebe a fala, o choro e dá alguma resposta ao som. <i>3 meses:</i> sorri espontaneamente. <i>4 a 6 meses:</i> brinca com os sons da fala. <i>5 a 6 meses:</i> começa a armazenar padrões sonoros na memória e associa os sons ao significado.</p>

	(PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)	<p><i>6 a 10 meses:</i> balbucia sequências de consoantes e vogais.</p> <p><i>6 a 12 meses:</i> reconhece sons básicos da própria linguagem.</p> <p><i>9 a 10 meses:</i> imita sons.</p> <p><i>9 a 12 meses:</i> começa a utilizar gestos sociais para se comunicar.</p> <p><i>13 meses:</i> diz a primeira palavra.</p> <p><i>14 meses:</i> utiliza gestos simbólicos.</p> <p><i>16 a 24 meses:</i> aprende 50 a 400 novas palavras. Utiliza verbos e adjetivos.</p> <p><i>18 a 24 meses:</i> diz sua primeira frase.</p> <p><i>24 meses:</i> utiliza locuções de duas palavras. Quer conversar.</p> <p><i>30 a 36 meses:</i> fala combinando três ou mais palavras. Compreende muito bem. Comete alguns erros gramaticais e de sintaxe. Fala cerca de 1.000 palavras. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>
Demonstra padrões de comportamento sociais.	<p>Definição conceitual:</p> <p>Processo de desenvolvimento de hábitos, habilidades, valores e motivos compartilhados por membros responsáveis e produtivos de uma sociedade (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referência empírica:</p> <p>Durante a interação com a criança, pais e/ou cuidadores respondem repetindo sons que ela produz, falam em tons alto e baixo, lentamente. A criança reage sorrindo para todos. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>

<p>Adquire o autocontrole e a autonomia.</p>	<p>Definição conceitual: Controle do seu próprio comportamento para se conformar às demandas ou expectativas de um cuidador ou pai, mesmo quando ele não está presente. Esse comportamento impulsiona a criança a experimentar novas ideias, exercitar suas próprias preferências e tomar suas próprias decisões. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>Referência empírica: <i>Obediência situacional:</i> a criança sempre precisa do estímulo para obedecer; sua obediência depende do controle contínuo dos pais. <i>Caso:</i> Quando a mãe arruma a casa, ela sempre chama a atenção de Maria, para não mexer nos móveis sobre a mesa. <i>Obediência comprometida:</i> A criança reage de boa vontade às ordens dos pais para organizar seus brinquedos e não tocar nos brinquedos proibidos, sem lembretes de alerta dos pais. Isso geralmente acontece a partir dos 13 meses de vida. <i>Caso:</i> Ao término do dia, Maria sempre organiza seus brinquedos quando recebe ordens de seus pais e/ou cuidadores. Às vezes, Maria sente vontade de manipular seu brinquedo mais novo, mas sempre relembra da conversa com seus pais e/ou cuidadores de que aquele brinquedo ainda não está adequado para sua idade. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>
<p>Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência.</p>	<p>Definição conceitual: Padrões internos de comportamento, que geralmente controlam a conduta e produzem desconforto emocional quando violados (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referência empírica: <i>Caso clínico:</i> Nos finais de semana, Maria costuma passear com seus pais e/ou cuidadores. Para isso, a criança de 2 anos de idade costuma pedir aos pais e/ou cuidadores para ela mesma se vestir e rejeita ajuda. Ela gosta muito do vestido com laços e diz que o mesmo não combina com o uso da fralda descartável. Seus pais e/ou cuidadores a ouvem, são flexíveis e sugerem o uso das fraldas com a justificativa de não sujar o vestido apreciado pela criança.</p>

<p>Começa a desenvolver um autoconceito.</p>	<p>Definição conceitual: Senso de identidade; quadro mental de descrição e avaliação de capacidades e traços físicos da criança (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referência empírica: <i>-Autorreconhecimento físico e autoconsciência:</i> A criança colocada em frente ao espelho se reconhece, principalmente entre aquelas que se encontram na faixa de 18 a 24 meses. <i>-Autodescrição e autoavaliação:</i> Quando indagada, a criança atribui termos a si mesma: “cabelo grande”, “pequeno”, “cabelo liso”, “bonito”. Isso costuma ocorrer entre 19 e 30 meses. <i>-Resposta emocional às más ações:</i> Ao se vestir como um adulto, a criança se aborrece ao ser desaprovada pelos seus pais e/ou cuidadores. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>
<p>Domínio Psicossocial</p>		
<p>Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores.</p>	<p>Definição conceitual: Estado pelo qual a criança, seus pais e/ou cuidadores comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente. Refere-se também às interações mútuas com outros adultos os quais ajudam a estruturar as atividades da criança. Costuma ocorrer nas brincadeiras e atividades cotidianas comuns, nas quais a criança adquire informalmente as habilidades, o conhecimento e os valores importantes em sua cultura. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>Referência empírica: Durante a execução de tarefas cotidianas pelos pais/cuidadores, tais como costurar, cozinhar, limpar a casa, a criança observa e repete.</p>

<p>Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais.</p>	<p>Definição conceitual: Demonstra sentimento que permite formar relacionamentos íntimos. É a representação do contato sensível, responsivo e consistente com os pais e/ou cuidador. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>Referência empírica: <i>“virtude da esperança”</i>: Quando a criança está em contato sensível, responsivo e consistente com pais e/ou cuidadores, ela desenvolve a confiança (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). <i>Caso</i>: Maria está em aleitamento exclusivo e sua mãe já iniciou sua jornada de trabalho. Todos os dias, sua mãe se despede da criança e esta permanece tranquila, sem demonstrar inquietação, pois sabe que, no horário da sua alimentação, a mãe dela estará presente para lhe fornecer o leite materno.</p>
<p>Amplia seus relacionamentos sociais.</p>	<p>Definição conceitual: Demonstra interesse por pessoas desconhecidas ou com as quais tem pouco contato, particularmente crianças do seu próprio tamanho corporal (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>	<p>Referências empíricas: <i>-Primeiros meses</i>: olha, sorri, arrulha. Aprende imitando uma a outra. <i>-Em torno do primeiro ano</i>: sorri, toca e balbucia cada vez mais para outras crianças. <i>-Com 1 ano de idade</i>, tem interesse em aprender a andar e manipular objetos. <i>-Entre 1 e 3 anos</i> demonstra interesse pelo que outras crianças fazem e compreende cada vez mais como lidar com elas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>

6 VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

6.1 Objetivos específicos da 2ª etapa: Validação por Especialistas

- ✓ Investigar a validade dos consequentes, definições conceituais, referências empíricas (definições operacionais) relativos aos fenômenos crescimento e desenvolvimento entre enfermeiros especialistas.

6.2 Material e métodos da validação por especialistas

6.2.1. Seleção dos especialistas

Nesta etapa, a seleção dos enfermeiros especialistas foi baseada na caracterização adaptada da proposta por Fehring (1994), na tentativa de se obter maior abrangência de profissionais especialistas na área de conhecimento do crescimento e desenvolvimento infantil e sobre diagnósticos de enfermagem.

Em relação à seleção de enfermeiros especialistas, a literatura ainda apresenta controvérsias, principalmente entre pesquisadores, tendo em vista que não existe um acordo de que somente enfermeiros prioritariamente mestres, conforme destaca Fehring (1994), sejam realmente estudiosos na área da taxonomia diagnóstica bem como na área da saúde da criança.

Além disso, na literatura, observa-se que diversos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem utilizam critérios particulares para estabelecer os especialistas, sejam eles relacionados à diversidade quantitativa ou qualitativa de profissionais. Por conseguinte, essa diversidade de critérios poderá originar interferências na fidedignidade de resultados (GALDEANO, 2007). Por outro lado, no Brasil esse problema tem sido maior, tendo em vista o número reduzido de enfermeiros especialistas em determinada área de interesse dos diagnósticos de enfermagem a serem validados, bem como ao número reduzido de enfermeiros que utilizam o diagnóstico de enfermagem, especificamente a taxonomia NANDA, na prática clínica (CHAVES et al., 2008).

Fehring (1994) considera especialista o enfermeiro com título de mestre ou doutor, obtido por meio de trabalho de conteúdo relevante sobre o diagnóstico de interesse; com pesquisa publicada referente ao diagnóstico de enfermagem; com artigos relativos ao

diagnóstico de enfermagem publicados em revistas de referência; com experiência clínica em uma área relevante para o diagnóstico ou certificado referente ao diagnóstico de interesse.

6.2.2 População e amostra

Considerando a ampla utilização da proposta de pontuação e seleção de especialistas de Fehring (1994), bem como as divergências na literatura em relação à seleção de enfermeiros especialistas, neste estudo optou-se por utilizar a caracterização do pesquisador-especialista e adaptar a pontuação proposta pelo autor, voltada para especialistas na temática do estudo.

Para o grupo de especialistas, com pontuação mínima de 5 pontos, apresenta-se a seguir o Quadro 10:

Quadro 10- Critérios adaptados para a seleção de especialistas propostos por Fehring (1994)

❖ Ter titulação de Mestre enfermagem.	Critério essencial
❖ Ter titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada para Saúde da Criança.	3 pontos
❖ Tese de Doutorado em Enfermagem voltada para a Saúde da Criança.	3 pontos
❖ Prática clínica (especialização) de pelo menos um ano de duração, na área da Saúde da Criança.	2 pontos
❖ Publicação de pesquisa sobre Saúde da Criança e com conteúdo relevante para a área em foco.	2 pontos
❖ Publicação de artigo sobre Saúde da Criança em periódico de referência.	2 pontos
Total de pontos	12 pontos

Com base nessas considerações, a seleção da amostra de enfermeiros especialistas inicialmente ocorreu por meio eletrônico, mediante análise de docentes cadastrados nos diferentes Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil, baseando-se nas linhas de pesquisas; em seguida, outros especialistas foram recrutados por conhecimento prévio do profissional pelo pesquisador ou por meio da amostragem do tipo Bola de Neve. Essa técnica é a abordagem mais adequada para se recrutar informantes sobre determinado assunto, solicitando-lhes a indicação de outros profissionais com as mesmas características estabelecidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Além disso, quando não se obteve sucesso na busca pelas opções supracitadas, o levantamento de especialistas foi realizado por meio da identificação de enfermeiros nas grades curriculares de cursos de graduação oferecidos pelo país, nos grupos de pesquisas em saúde da criança do diretório do CNPq, bem como na listagem de enfermeiros cadastrados na Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos.

Sobre esta etapa, Hoskins (1989) não menciona o tamanho da amostra de especialistas. Com base nisso, alguns estudos de validação descrevem a utilização de referenciais teóricos para esse fim, especificamente Fehring (1987, 1994), no entanto, o tamanho amostral preconizado por esses teóricos fica além do número normalmente obtido nos estudos de validação.

Particularmente, foram recrutados 73 especialistas e enviadas as cartas-convite no período estabelecido para a coleta de dados, na tentativa de se obter um grande número de aceitações entre essa clientela. No primeiro contato, obteve-se o retorno de 41 deles, sendo que três pessoas se recusaram a participar do estudo por motivos diversos, enquanto que 38 especialistas aceitaram avaliar o material. A amostra final constituiu-se de 18 enfermeiros-especialistas com taxa de retorno dos instrumentos de 43,9%, mesmo estendendo o prazo máximo de 30 dias para avaliação, bem como após o envio de mensagens de aviso quanto ao período de tempo pré-estabelecido.

6.2.3 *Instrumento*

Conforme definido, o instrumento de coleta dos dados foi constituído por um questionário estruturado com dados de identificação dos enfermeiros especialistas e experiência profissional; definições do diagnóstico; avaliação da adequação do título do diagnóstico e das características definidoras, com suas respectivas referências empíricas (definições operacionais) elaboradas mediante a revisão integrativa realizada.

Para investigar a representatividade, avaliou-se a adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem; bem como a adequação da característica definidora à referência empírica (definição operacional) e definições conceituais, respectivamente nos Quadros 11 e 12. Para isso, Fehring (1987) propõe utilizar uma escala do tipo Likert para estabelecer quão é pertinente a característica definidora ao diagnóstico proposto, como demonstrado a seguir:

Quadro 11 – Avaliação da adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem proposto

1	A característica definidora NÃO é indicativa do diagnóstico.
2	A característica definidora é MUITO POUCO indicativa do diagnóstico.
3	A característica definidora é DE ALGUM MODO indicativa do diagnóstico.
4	A característica definidora é CONSIDERAVELMENTE indicativa do diagnóstico.
5	A característica definidora é MUITÍSSIMO indicativa do diagnóstico.

Para a adequação da característica definidora à referência empírica e suas definições conceituais, Fehring (1987) também recomenda utilizar a escala do tipo Likert abaixo descrita:

Quadro 12- Avaliação da adequação da característica definidora à referência empírica e suas definições conceituais

1	NADA PERTINENTE à característica definidora.
2	É MUITO POUCO PERTINENTE à característica definidora.
3	É DE ALGUM MODO PERTINENTE à característica definidora.
4	CONSIDERAVELMENTE PERTINENTE à característica definidora.
5	MUITÍSSIMO PERTINENTE à característica definidora.

A seguir, submeteu-se o instrumento ao processo de refinamento, o qual foi avaliado quanto à clareza, à objetividade e à abrangência por cinco enfermeiras juízas com ampla experiência em pesquisas, especificamente em relação ao uso de instrumentos (MELO, 2004; CHAVES, 2008). Esses estudos utilizaram o mesmo número de avaliadores que a presente pesquisa. Destaca-se que essas juízas não pertenceram à amostra de especialistas.

O instrumento foi então reformulado mediante as sugestões das enfermeiras juízas. As sugestões restringiram-se à mudança na redação das características definidoras, alterações na apresentação da estrutura do diagnóstico proposto e a inclusão de algumas referências bibliográficas nas definições conceituais e operacionais.

6.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu após a qualificação do projeto pela banca examinadora e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará, a partir do mês de julho/2012.

Após a seleção dos especialistas, foram enviadas cartas-convite pelo correio eletrônico (*e-mail*), esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando ao especialista sua participação, bem como a indicação de outros que tivessem o mesmo perfil profissional.

Em seguida, os dados foram coletados após o aceite do enfermeiro especialista por *e-mail* (carta-convite) (APÊNDICE B) e envio do material: a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C); b) instruções para o preenchimento e devolução do material em um prazo de 30 dias (APÊNDICE D); c) instrumento (APÊNDICE E).

6.2.5 Análise dos dados

Como recomendado por Hoskins (1989), a análise dos dados foi realizada mediante o estabelecimento de características definidoras que devem permanecer e a seleção daquelas que devem ser excluídas, de acordo com os critérios de Fehring (1987), o qual determina pontos de corte para as características de maior e menor expressividade. Para tanto, foi atribuída uma nota (de 1 a 5) pelos enfermeiros especialistas: 1 = não característico; 2 = muito pouco característico; 3 = de algum modo característico; 4 = muito característico; 5 = muitíssimo característico. A partir dos valores obtidos em cada característica definidora, calculou-se a média ponderada para cada uma das características definidoras. Foram considerados para este cálculo os seguintes pesos: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1.

Os dados foram compilados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2007 e analisados pelo pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0.

Em seguida, para avaliar a adequação ou pertinência de cada característica definidora, definição conceitual e referência empírica, foi calculado o índice de validade do conteúdo diagnóstico (IVCD). Segundo Fehring (1987), os IVCDs com média ponderada maior ou igual a 0,80 são classificados como principais, aqueles com médias ponderadas entre 0,80 e 0,50, como secundários; e os com média menor ou igual a 0,50, como irrelevantes, os quais devem ser descartadas do estudo (FEHRING, 1987).

Dessa forma, neste estudo adotaram-se as características definidoras, definições conceituais e referências empíricas que obtiveram Índice de Validade de Conteúdo Diagnóstico (IVCD) acima de 0,85, segundo análise estatística. Esse valor foi escolhido de forma aleatória, na tentativa de se ter uma análise mais criteriosa.

Além disso, cada sugestão fornecida pelos especialistas foi criteriosamente analisada pela pesquisadora e orientadora, e era aceita, se houvesse concordância entre ambas.

Posteriormente, as sugestões pertinentes ao aprimoramento do instrumento foram acatadas e o mesmo foi novamente submetido à apreciação de cinco das especialistas, as quais foram selecionadas pelas grandes contribuições feitas na apreciação do material inicialmente.

Em face disso, as sugestões direcionavam-se à restrição da faixa etária para a fase de lactente (inicial: 1 mês a 3 anos de idade; proposta de alteração para: 1 mês a 2 anos de idade). Além disso, a união ou desmembramento de características definidoras, mudanças nos tempos verbais, alterações no enunciado de características definidoras e outros aspectos das referências empíricas: equipamentos, termos essenciais.

6.2.6 Aspectos éticos

Em atendimento às exigências da Resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e os enfermeiros especialistas foram solicitados a dar a anuência ao estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Inicialmente, os especialistas foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e lhes foi garantido o direito ao anonimato, bem como a oportunidade de recusar a participação na pesquisa ou dela retirar-se, quando desejassem.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Ao final, 18 enfermeiros especialistas apreciaram o instrumento construído na etapa anterior.

7.1 Caracterização dos especialistas

A seguir, são apresentadas as características referentes ao perfil dos especialistas participantes do estudo (TABELA 4).

Tabela 4 – Dados referentes ao perfil dos especialistas (n = 18). Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	17	94,4
Masculino	1	5,6
Região de trabalho		
Nordeste	11	61,1
Sudeste	7	38,1
Titulação		
Doutorado	10	55,6
Mestrado	8	44,4
Instituição de trabalho no último ano		
Instituição de ensino superior	11	61,1
Unidade Básica de Saúde e Ensino	4	22,2
Área hospitalar e no Ensino	2	11,1
Área hospitalar	1	5,6
Ocupação atual		
Docente de ensino superior	15	83,3
Pós-graduando de Doutorado	1	5,6
Enfermeira assistencial	1	5,6
Docente e Enfermeira assistencial	1	5,6
Grupo de pesquisa sobre diagnóstico de enfermagem		
Não	12	66,7
Sim	6	33,3
Grupo de pesquisa sobre saúde da criança		
Sim	15	83,3
Não	3	16,7
Trabalhos sobre diagnóstico de enfermagem		
Sim	11	61,1
Não	7	38,8
Trabalhos sobre crescimento e desenvolvimento infantil		
Sim	16	88,8
Não	2	11,1
Ensino sobre diagnóstico de enfermagem		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Ensino sobre crescimento e desenvolvimento infantil		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6

Utilização de diagnóstico de enfermagem na prática assistencial		
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Assistência de enfermagem por meio de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio 13 (crescimento/desenvolvimento) na prática assistencial		
Frequentemente	9	50,0
Poucas vezes	8	44,4
Nunca	1	5,6
Identificação de diagnósticos de enfermagem na categoria Promoção da Saúde na prática assistencial		
Frequentemente	10	55,6
Poucas vezes	5	27,8
Nunca	3	16,7
Ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática crescimento e desenvolvimento infantil		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
	Média	DP
Idade (anos)	35,7	7,7
Tempo de formação profissional	13,1	8,5
Tempo de utilização do diagnóstico de enfermagem na prática assistencial	5,1	3,2
Tempo de utilização do diagnóstico de enfermagem no ensino	5,4	3,5

Conforme apresentado na Tabela 4, os especialistas eram predominantemente do sexo feminino (94,4%), atuavam na Região Nordeste (61,1%), eram doutores (55,6%) e tinham exercido suas atividades no último ano como docentes (83,3%) em Instituições de Ensino Superior (IES) (61,1%). No geral, os especialistas foram recrutados de diferentes cidades: São Paulo (6), Minas Gerais (1), Ceará (9) e Piauí (2). Além disso, ressalta-se que a área temática dos cursos de doutorado foi bem diversificada, com destaque para quatro especialistas que concluíram o curso na temática da pediatria e outro sobre desenvolvimento infantil. Similarmente, no mestrado, sete especialistas desenvolveram estudos na pediatria e um deles na temática do desenvolvimento infantil.

Os especialistas tinham, em média, 35,7 ($\pm 7,7$) anos, com idade mínima de 27 anos e máxima de 53 anos. O tempo de formação apresentou média de 13,1 anos ($\pm 8,5$), com variação entre 4 anos (mínimo) e 32 anos (máximo) de formação.

A maioria frequentava atividades acadêmicas na área da saúde da criança (83,3%), enquanto que 66,7% não participavam de grupos de pesquisa com enfoque sobre

terminologias de enfermagem. Todavia, a pequena parcela de especialistas que frequentava, relacionou suas atividades utilizando as terminologias NANDA e CIPE.

Destaca-se que a maioria dos especialistas referiu desenvolver estudos como autores/orientadores nas duas temáticas: Terminologias em enfermagem (diagnósticos de enfermagem) (61,1%) e Crescimento e desenvolvimento infantil (88,8%), em diferentes categorias de estudo, incluindo monografias de graduação, monografias de especialização, artigos científicos, dissertação, tese e outros, como trabalhos de iniciação científica.

A maioria dos especialistas tinha experiência no ensino de conteúdos sobre diagnósticos de enfermagem (94,4%) e crescimento e desenvolvimento infantil (94,4%). Entre aqueles que utilizavam diagnósticos de enfermagem como parte do conteúdo lecionado, faziam-no há 5,4 anos ($\pm 3,2$), em média.

Vários participantes mencionaram experiência assistencial com uso de diagnósticos de enfermagem (66,7%) e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (94,4%) nas diferentes fases de vida: neonato, lactente, infante, pré-escolar e escolar. O tempo médio de uso do diagnóstico de enfermagem como parte do cuidado prestado pelos especialistas na prática assistencial foi de 5,1 anos ($\pm 3,5$).

Ao serem indagados quanto à identificação de diagnósticos de enfermagem referentes ao domínio 13 da NANDA-I, bem como na categoria Promoção da Saúde, a maioria dos especialistas respondeu que encontrava com frequência (50%) diagnósticos incluídos neste domínio e nesta categoria (55,6%).

7.2 Avaliação do título e conceito do diagnóstico proposto

Foram enviados para avaliação: dois títulos e uma opção de sugestão a ser fornecida pelo especialista, caso considerasse necessário; três conceitos e uma opção de sugestão. Além disso, os especialistas foram questionados quanto à inclusão do diagnóstico de enfermagem proposto na classe e domínio em que os diagnósticos referentes à temática crescimento e desenvolvimento se encontram atualmente.

Ressalta-se que tais títulos e conceitos foram construídos com base na análise de conceito previamente realizada e na análise minuciosa de componentes do diagnóstico de enfermagem na categoria de Promoção da Saúde da NANDA-I.

Na Tabela 5 encontram-se listados os títulos propostos para o diagnóstico, bem como a classe e domínio.

Tabela 5 – Avaliação do título, classe e domínio propostos para o diagnóstico pelos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Variáveis	N	%
Título		
1. Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)	11	61,1
2. Disposição para desenvolvimento infantil aumentado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)	4	22,2
3. Sugestão do especialista	3	16,7
Classe		
Classe 1: Crescimento e Classe 2: Desenvolvimento	10	55,6
Classe 2: Desenvolvimento	8	44,4
Domínio 13- Crescimento/Desenvolvimento		
Sim (inclusão do diagnóstico proposto neste domínio)	18	100

Conforme apresentado na Tabela 5, a maioria dos especialistas apontou que o título denominado Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (61,1%) é o mais adequado para o diagnóstico de enfermagem em construção. Todavia, alguns sugeriram incluir o termo “crescimento” no título escolhido, sob a justificativa de que a literatura ainda aponta que os fenômenos são apresentados separadamente. Segundo a análise de conceito previamente realizada, o fenômeno crescimento está incluído no desenvolvimento infantil, como parte do domínio físico do desenvolvimento. A seguir, as sugestões de título oferecidas pelos especialistas:

- a) Disposição para o crescimento e desenvolvimento infantil melhorado
- b) Disposição para o crescimento e desenvolvimento apropriados à idade

Outras sugestões para o título referiram-se à retirada dos termos: “disposição”, “melhorado”, “aumentado”. E, também ao acréscimo da faixa etária. No entanto, não foi possível acatar tais sugestões, pois esses termos fazem parte da estrutura de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde preconizada pela NANDA-I. Já a especificação da faixa etária exigiria que fossem criadas diferentes características definidoras adequadas à faixa etária estabelecida, o que tornaria este estudo muito extenso.

Por outro lado, em face das sugestões dos especialistas, modificou-se o termo “infantil” por “lactente”, tendo em vista que o instrumento avaliado foi reformulado para se adequar à faixa etária da criança no período de lactente, também como recomendação dos especialistas.

Quanto à classe, a sugestão predominante foi aquela que distribui os fenômenos em classes separadas: classe 1- crescimento e classe 2- desenvolvimento (55,6%). Em unanimidade, todos os especialistas concordam que o diagnóstico proposto deve ser incluído no domínio 13 – crescimento/desenvolvimento (100%), local onde já existem diagnósticos que abordam a mesma temática.

Em seguida, tem-se os conceitos construídos pela análise de conceito e avaliados pelos especialistas na Tabela 6.

Tabela 6 – Avaliação pelos especialistas dos conceitos do diagnóstico proposto obtidos pela análise conceitual. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Conceito diagnóstico	N	%
1. Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que são suficientes para a criança alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras refinadas e gerais, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).	10	55,6
2. Padrão de mudanças contínuas nos domínios físicos, cognitivos e psicossociais necessários para a criança atingir funções gradativamente mais complexas de um estágio para outro.	6	33,3
3. Mudança gradual e progressiva de habilidades/competências mais simples para mais complexas nas atividades da criança com relação à progressão do seu crescimento (princípio céfalo-caudal/próximo-distal), aprendizado (vocabulário mais complexo) e maturidade dos sistemas fisiológicos (tipo, estrutura e organização).	1	5,6
4. Sugestão do especialista	1	5,6

Conforme se observa na Tabela 6, a maioria dos especialistas optou pelo conceito 1 (55,6%), sob a justificativa de este ser mais completo e relacionar-se ao título proposto. Para este conceito eleito, um dos especialistas sugeriu que se acrescentasse a expressão ao final da frase: “[...] e podem ser melhoradas”, pois, segundo ele, assim representaria melhor o conceito

na categoria diagnóstica em questão. Além disso, o conceito também foi adaptado para a criança na fase de lactente.

No entanto, houve a sugestão de retirada dos termos: “refinadas e gerais” e, apenas um especialista mencionou que o conceito não correspondia ao preconizado pela NANDA-I, pois o mesmo denota características do desenvolvimento infantil, mas não de um conceito do diagnóstico de enfermagem propriamente dito, o qual deve também compreender o cuidado que recebe e o ambiente onde a criança está situada.

Como justificativa, o presente estudo considerou que a construção deste componente do diagnóstico fundamentou-se na análise conceito por meio de levantamento rigoroso de estudos, bem como na análise de diagnósticos desta mesma categoria da NANDA-I, a qual recomenda que a análise de conceito e a construção ou revisão de diagnósticos de enfermagem deva ser realizada sobre o fenômeno em estudo. E, segundo esta mesma análise, o ambiente e o cuidado são antecedentes para os fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil.

A seguir, o título e conceito aceitos para a estrutura do diagnóstico de enfermagem proposto:

<p>Título diagnóstico: Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)</p>
<p>Definição: Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que podem ser melhoradas e são suficientes para o lactente alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).</p>

7.3 Avaliação da adequação das características definidoras para o diagnóstico proposto

A seguir, estão expostas as características definidoras construídas por meio da análise de conceito, segundo sua pertinência em relação ao diagnóstico proposto na categoria promoção da saúde (TABELA 7).

Tabela 7 - Avaliação dos especialistas sobre a adequação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Característica definidora	IVC*
Domínio Físico	
(CDDF1)- Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular)	0,87

dentro dos padrões de normalidade.

(CDDF2)- Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento (relações peso/idade; peso/altura; peso/comprimento; comprimento/idade; altura/idade). 0,85

(CDDF3)- Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário. 0,89

(CDDF4)- Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário. 0,87

(CDDF5)- Capacidades sensoriais (tato, paladar, olfato, visão, audição e reflexos primitivos) iniciais adequadas 0,84

(CDDF6)- Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos. 0,82

Domínio Cognitivo

(CDDC1)- Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. 0,88

(CDDC2)- Aquisição da linguagem. 0,87

(CDDC3)- Demonstra padrões de comportamento sociais. 0,87

(CDDC4)- Adquire o autocontrole e a autonomia. 0,83

(CDDC5)- Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência. 0,81

(CDDC6)- Começa a desenvolver o autoconceito. 0,82

Domínio Psicossocial

(CDDP1)- Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários. 0,92

(CDDP2)- Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais. 0,80

(CDDP3)- Amplia seus relacionamentos sociais. 0,85

CDDF- Característica Definidora do Domínio Físico; CDDC- Característica Definidora do Domínio Cognitivo; CDDP- Característica Definidora do Domínio Psicossocial.; * IVC: Índice de Validade de Conteúdo

Conforme descrito na Tabela 7, as características definidoras do Domínio Físico: *Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento (relações peso/idade; peso/altura; peso/comprimento; comprimento/idade; altura/idade); Capacidades sensoriais (tato, paladar, olfato, visão, audição e reflexos primitivos) iniciais adequadas; Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos;* do Domínio Cognitivo: *Adquire o autocontrole e a autonomia; Desenvolve aumento da consciência da*

dependência e independência; Começa a desenvolver o autoconceito; e do Domínio Psicossocial: Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais; Amplia seus relacionamentos sociais; obtiveram Índice de Validade de Conteúdo (IVD) inferior ou igual a 0,85, o que exige a necessidade de revisar tais características definidoras.

Somando-se a isso, os especialistas sugeriram algumas modificações pertinentes e necessárias ao aperfeiçoamento da proposta de construção diagnóstica, segundo análise criteriosa entre pesquisadora e orientadora. As sugestões incluíram junção e desmembramento de características definidoras, alteração de termos e substituição de características definidoras por outras, particularmente entre os domínios (físico, cognitivo e psicossocial) do desenvolvimento infantil pré-estabelecidos na proposta de construção do diagnóstico.

Em face disso, estão listadas as sugestões:

- a) Unir a primeira e segunda características definidoras do domínio físico, denominando de: crescimento satisfatório com índices antropométricos esperados para a atual situação da criança.
- b) Unir a terceira e quarta características definidoras do domínio físico e retirar os termos “refinadas e gerais”, incluindo a expressão “conforme o padrão etário”.
- c) Retirar a sexta característica definidora do domínio físico, pois ela já estaria contemplada na característica definidora relativa a desempenhar habilidades motoras.
- d) Retirar a terceira característica definidora do domínio cognitivo e inseri-la no domínio psicossocial.
- e) Retirar a terceira característica definidora do domínio psicossocial, pois ela já estaria contemplada pela característica definidora do domínio cognitivo solicitada a ser acrescentada no domínio psicossocial.

Ao final desta etapa, um quadro-síntese apresenta a estrutura após apreciação pelos especialistas.

7.4 Avaliação dos conceitos e referências empíricas das características definidoras segundo os especialistas

A seguir, na Tabela 8, apresentam-se os índices de validade de conteúdo referentes à concordância entre os especialistas para os conceitos e referências empíricas (definições operacionais) construídos para cada característica definidora da Análise de Conceito.

Posteriormente, estão expostas as tabelas referentes às características definidoras e suas referências empíricas que apresentaram índice de validade de conteúdo acima de 0,85.

Tabela 8 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora referente ao domínio físico (CDDF): *Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular) dentro dos padrões de normalidade*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDF	IVC*
Conceito: São indicadores utilizados para avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal da criança.	0,92
Peso (conceito): É a resultante do sistema de forças exercidas pela gravidade sobre a massa corporal.	0,89
RE** (Peso): A criança deveria estar descalça, sem acessórios (chupeta, pulseira, fitas no cabelo) e com o mínimo de vestimenta, posicionada no centro da balança analógica ou digital de mesa em superfície plana, deitada ou sentada, a depender do seu estágio de desenvolvimento.	0,88
Estatura (conceito): É a distância compreendida entre dois planos que tangenciam respectivamente a planta dos pés e o vértex (ponto mais alto da cabeça). <i>Comprimento</i> : É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 0 a 23 meses. <i>Altura</i> : É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 24 a 72 meses.	0,91
RE** (comprimento): A criança deve estar com roupas leves ou despida, descalça, com cabelos soltos e sem acessórios, em decúbito dorsal numa tábua horizontal de medida com haste limitada entre a cabeça e os pés da criança esticados, mantendo os joelhos juntos e retílineos sobre uma superfície plana, utilizando um antropômetro. Para isso, deite a criança mantendo seus ombros e cabeça apoiados na mesa ou superfície plana. Segure os tornozelos da criança mantendo suas pernas esticadas. Encoste a cabeça da criança na extremidade fixa do antropômetro. Deslize a peça móvel do instrumento até encostar nos calcanhares, mantendo os joelhos bem estendidos. Proceda à leitura da medida.	0,94
RE** (altura): Deve ser obtida com a criança em pé, descalça, com o mínimo de vestimenta, sem acessórios no cabelo, sobre uma balança plataforma com antropômetro ou em antropômetro de parede. Coloque a criança de pé, sem curvar os joelhos, com braços ao longo do corpo, com os calcanhares e ombros eretos e olhando para frente. Deslize a haste metálica da balança até encostar na cabeça da criança, com pressão suficiente apenas para comprimir os cabelos, mantendo-a firme. Proceda à leitura da medida.	0,95
Circunferência cefálica (conceito): É a medida do perímetro da cabeça. Avalia o crescimento da cabeça ou do cérebro nos primeiros anos de vida da criança.	0,95
RE** (circunferência cefálica): O examinador circunda a cabeça da criança com a fita métrica graduada em centímetros nas proeminências ósseas frontal e occipital mais salientes.	0,93
Circunferência braquial (conceito): É a medida do perímetro do braço.	0,91
RE** (circunferência braquial): Com a criança sentada ou de pé, com o braço esticado ou relaxado ao lado do corpo. O examinador envolve a fita métrica em torno do braço em um ponto médio, entre o acrômio e o processo olecraniano. Para isso, a fita deve estar posicionada horizontalmente na linha média.	0,90
Pregas cutâneas (conceito): É a medida entre o polegar e o indicador na qual se define o tecido	0,83

celular subcutâneo do músculo subjacente.

RE** (prega cutânea tríceps): Após medir o ponto médio do braço que se localiza entre os processos acromial da escápula e olecraniano da ulna, o examinador utiliza o polegar e o indicador da sua mão esquerda. No ponto médio, ele segura suavemente uma prega da pele e a gordura da face posterior do braço da criança, paralelamente ao eixo longitudinal, estica suavemente a prega cutânea, afastando-a do músculo subjacente, mantém a prega cutânea presa com o adipômetro horizontalmente e faz a leitura. 0,82

RE** (prega cutânea subescapular): Com a criança sentada no leito ou sobre os braços dos pais/cuidadores com o braço em extensão, o examinador posiciona-se atrás dela e faz a pinça obliquamente em relação ao eixo longitudinal, seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 1 centímetro do ângulo inferior da escápula. Em seguida, o examinador aplica a embocadura do adipômetro horizontalmente à prega de gordura. 0,81

CDDF: Característica Definidora do Domínio Físico; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **Referência empírica

De acordo com o exposto na Tabela 8, a Característica Definidora do Domínio Físico denominada *Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricéptica e subescapular) dentro dos padrões de normalidade* apresentou conceito com índice de 92%, portanto, acima do ponto de corte estabelecido no estudo.

Por outro lado, se pode destacar que o conceito de prega cutânea, bem como as referências empíricas da prega cutânea tríceps e da prega cutânea subescapular obtiveram índices inferiores, o que demonstrou a necessidade de revisão. Porém, mesmo com a solicitação de retirada de tais referências empíricas por alguns especialistas que as consideraram prática usual do nutricionista, as pregas cutâneas não devem ser excluídas neste momento, pois deverão ser avaliadas quanto à sua consistência como constituintes da característica definidora no ambiente clínico (validação).

As medidas antropométricas são de fácil e simples obtenção, que pode ser realizada por qualquer profissional habilitado e material necessário. Por meio delas, podem-se identificar as medidas mais comumente utilizadas para avaliação da composição corporal da criança, tais como: peso, comprimento, circunferências e pregas cutâneas (TELLES; BARROS FILHO, 2003).

Vale ressaltar que, como sugestão dos especialistas, algumas características definidoras, mesmo com elevado índice de validade de conteúdo, foram revisadas quanto à sua adequação do tempo verbal e à concordância nominal, especificamente as referências empíricas da medida do peso, estatura e comprimento. Além disso, houve também recomendação para a reformulação do conceito da medida antropométrica prega cutânea e a

padronização das referências empíricas prega cutânea tricipital e subescapular, pois apenas uma referência mencionava a necessidade de se “fazer a leitura” após a medida.

Além disso, um dos especialistas recomendou incluir o sexo e faixa etária para cada medida antropométrica, pois isso não estava explícito. Todavia, sabe-se que as medidas de peso e estatura necessitam de parâmetros de sexo e idade para serem avaliadas adequadamente.

Outro especialista sugeriu incluir também como referência empírica da característica definidora a medida da circunferência torácica, pois também se refere ao conjunto de medidas antropométricas realizadas periodicamente na avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças. No entanto, essa medida não foi incluída em virtude da inexistência de parâmetros de comparação quando o presente instrumento fosse aplicado na etapa de validação clínica.

Ao final, como mencionado anteriormente, foi sugerida a fusão das duas primeiras características definidoras, o que, como sugestão, resultou na construção de outra: “Apresenta crescimento satisfatório com índices antropométricos esperados (peso, comprimento, circunferência cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular) para o sexo e idade do lactente”.

Adiante, na Tabela 9, são apresentados os dados referentes à avaliação dos especialistas sobre a característica definidora *Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário*.

Tabela 9 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDF)- *Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDF	IVC*
Conceito: São habilidades físicas que utilizam os músculos maiores e nelas a criança demonstra a capacidade de executar movimentos corporais, tais como: pular e correr.	0,94
RE** (1): <i>1 mês</i> : Levanta ligeiramente a cabeça.	0,97
RE** (2): <i>2 a 3 meses</i> : Levanta a cabeça até uma altura de 90° quando deitada de na posição ventral.	0,98

RE** (3): 4 a 6 meses: Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta quando está sentada.	0,98
RE** (4): 7 a 9 meses: Senta-se sem apoio; engatinha.	0,98
RE** (5): 10 a 12 meses: Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.	0,95
RE** (6): 13 a 18 meses: Caminha para trás e de lado; rola bola de volta para adulto; bate palmas.	0,96
RE** (7): 19 a 24 meses: Sobe e desce escadas; dois pés por degraus; salta do chão com os dois pés.	0,96
RE** (8): 3 anos: Corre com facilidade; sobe em móveis sem auxílio, reboca e empurra brinquedos.	0,96

CDDF: Característica Definidora do domínio Físico;* IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **Referência empírica

Com relação ao exposto na Tabela 9, o conceito da característica definidora *Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário* apresentou índice acima de 0,85, conforme ponto de corte previamente estabelecido. No entanto, um especialista encaminhou a sugestão:

- a) Retirar do conceito, o exemplo fornecido “[...] tais como: pular e correr”; considerando que essa expressão seria desnecessária para compor o conceito.
- b) Substituir o termo “gerais” por “grossa”, conforme comumente apresenta a literatura.

Somando-se a isso, as referências empíricas também alcançaram elevados valores de concordância.

A Tabela 10 expõe os dados referentes à avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDF)- *Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário*.

Tabela 10 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDF)- *Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDF	IVC*
Conceito: São habilidades físicas que utilizam os músculos menores e a coordenação entre olhos e mãos, tais como: copiar figuras e abotoar.	0,96
RE** (1): 1 mês: Segura objeto colocado na mão.	0,93
RE** (2): 2 a 3 meses: Começa a bater nos objetos à vista.	0,93
RE** (3): 4 a 6 meses: Alcança e pega nos objetos.	0,96
RE** (4): 7 a 9 meses: Transfere objetos de uma mão para outra.	0,97
RE** (5): 10 a 12 meses: Mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura a colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar a comida à boca.	0,97
RE** (6): 13 a 18 meses: Empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja.	0,97
RE** (7): 19 a 24 meses: Utiliza a colher para se alimentar, empilha quatro a 10 blocos.	0,96
RE** (8): Pega pequenos objetos, arremessa bola pequena quando de pé.	

CDDF: Característica Definidora do Domínio Físico 4;* IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **Referência empírica

Com relação ao exposto na Tabela 10, o conceito da característica definidora *Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário* apresentou índice acima de 0,85, conforme ponto de corte previamente estabelecido. No entanto, um especialista apresentou a sugestão:

- a) Retirar do conceito, o exemplo fornecido “[...] tais como: copiar figuras e abotoar”; considerando que essa expressão seria desnecessária para compor o conceito.
- b) Substituir o termo “refinadas” por “finas”, conforme comumente apresenta a literatura.
- c) Unir as duas características definidoras referentes às habilidades motoras.

Somando-se a isso, as referências empíricas também alcançaram elevados valores de concordância.

A seguir, os resultados sobre conceito e referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento* (TABELA 11).

Tabela 11 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDC	IVC*
Conceito: Capacidades concentradas nos processos envolvidos na percepção, aprendizagem, memória e resolução de problemas.	0,94
Habituação (conceito): Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com um estímulo reduz, retarda ou elimina uma resposta.	0,91
Desabituação (conceito): Aumento na responsividade após o acréscimo de um novo estímulo.	0,90
RE** (Habituação/Desabituação): Uma criança que está mamando normalmente para quando seu pai ou cuidador é apresentado pela primeira vez chamando-lhe a atenção, e só volta a mamar quando seu pai/cuidador desaparece. Em outro dia a mãe percebe que o pai/cuidador apresenta-se à criança durante a mamada e esta não reage. No entanto, durante a mamada, a criança reage quando ouve um som estranho na casa.	0,91
Preferência visual (conceito): Tendência da criança de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros.	0,91
RE** (preferência visual): Sempre que a criança recebe um novo brinquedo, ela sorri, movimentando os membros, permanece com ele durante todo o dia enquanto que despreza os brinquedos antigos.	0,86
Transferência intermodal (conceito): Capacidade da criança de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro.	0,91
RE** (transferência intermodal): Ao ouvir seu pai ninar para dormir, a criança reage com olhar fixo para ele, permanecendo quieta, fecha os olhos e responde emitindo sons guturais.	0,86

CDDC: Característica Definidora do domínio Cognitivo; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; ** Referência empírica

O conceito da característica definidora *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento*, apresentou índice acima de 0,85. Além disso, essa característica definidora tem diferentes referências empíricas (termos) relacionadas ao processo de percepção e processamento que foram definidas para facilitar a compreensão. Em suma, todas tiveram boa avaliação entre os especialistas, ou seja, acima de 0,85.

Por outro lado, alguns especialistas solicitaram modificações das duas referências empíricas, não só porque os exemplos apresentados não eram adequados, mas também pela inexistência de designação da faixa etária para se avaliar a criança. A seguir, as modificações:

- a) Na referência empírica *Habituação/Desabituação* foi recomendada sua modificação, pois esta não se adapta a crianças que não se encontrem em amamentação.
- b) Retirada do termo “novo” da referência empírica de *Preferência visual*.

Na Tabela 12, são expostos os dados relativos à avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Aquisição da linguagem*.

Tabela 12 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Aquisição da linguagem*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDC	IVC*
Conceito: É a aquisição de um sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática, o qual compreende a fala pré-linguística, em que a criança produz sons que não são palavras, incluindo choro, balbucio, arrolho e imitação acidental. E a fala linguística, a qual expressa a transmissão de um significado.	0,95
	0,96
RE** (1 a 2 meses): Percebe a fala, o choro e dá alguma resposta ao som.	0,93
RE** (3 meses): Sorri espontaneamente.	0,94
RE** (4 a 6 meses): Brinca com os sons da fala.	0,95
RE** (5 a 6 meses): Começa a armazenar padrões sonoros na memória e associa os sons ao significado.	0,96
RE** (6 a 10 meses): Balbucia sequências de consoantes e vogais.	0,95
RE** (6 a 12 meses): Reconhece sons básicos da própria linguagem.	0,94
RE** (9 a 10 meses): Imita sons.	0,93
RE** (9 a 12 meses): Começa a utilizar gestos sociais para se comunicar	0,93
RE** (13 meses): Diz a primeira palavra.	0,95
RE** (14 meses): Utiliza gestos simbólicos.	0,95
RE** (16 a 24 meses): Aprende 50 a 400 novas palavras. Utiliza verbos e adjetivos.	0,95
RE** (18 a 24 meses): Diz sua primeira frase.	0,95
RE** (24 meses): Utiliza locuções de duas palavras. Quer conversar.	
RE** (30 a 36 meses): Fala combinando três ou mais palavras. Compreende muito bem. Comete alguns erros gramaticais e de sintaxe. Fala cerca de 1.000 palavras[.]	

CDDC2: Característica Definidora do Domínio Cognitivo 2;* IVC: Índice de Validade de Conteúdo;

**Referência empírica

Conforme apresenta a Tabela 12, o conceito da característica definidora *Aquisição da linguagem*, bem como suas referências empíricas também receberam elevado índice de validade, acima de 0,85, segundo a avaliação dos especialistas.

Nessa característica definidora, um dos especialistas sugeriu modificar o termo do enunciado “aquisição” pelo verbo “adquire” e incluir no início da frase “Expressa” e ao final a expressão “conforme o padrão etário”, com a justificativa de que essas modificações tornariam a característica definidora mais clara e objetiva.

A Tabela 13 apresenta a avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Demonstra padrões de comportamentos sociais*.

Tabela 13 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDC)- *Demonstra padrões de comportamento sociais*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDC	IVC*
Conceito: Processo de desenvolvimento de hábitos, habilidades, valores e motivos compartilhados por membros responsáveis e produtivos de uma sociedade.	0,90

RE** : Durante a interação com a criança, pais e/ou cuidadores respondem repetindo sons que ela produz, falam em tons alto e baixo, lentamente. A criança reage sorrindo para todos. 0,88

CDDC3: Característica Definidora do Domínio Cognitivo 3;* IVC: Índice de Validade de Conteúdo;

**Referência empírica

O conceito da característica definidora *Demonstra padrões de comportamento sociais*, bem como sua referência empírica apresentaram índice de proporção acima de 0,85. No entanto, muitos especialistas consideraram que essa característica definidora deveria fazer parte do domínio psicossocial, bem como deveria evidenciar a faixa etária do lactente na sua referência empírica.

Como sugestão, os especialistas recomendaram incluir também nessa característica definidora a expressão: “conforme o padrão etário”.

Adiante, são apresentados os dados relativos à avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDP)- *Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores* (TABELA 14).

Tabela 14 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas da característica definidora (CDDP)- *Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores*. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

CDDP	IVC*
Conceito: Estado pelo qual a criança, seus pais e/ou cuidadores comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente. Refere-se também às interações mútuas com outros adultos os quais ajudam a estruturar as atividades da criança. Costuma ocorrer nas brincadeiras e atividades cotidianas comuns, nas quais a criança adquire informalmente as habilidades, o conhecimento e os valores importantes em sua cultura.	0,93
RE** : Durante a execução de tarefas cotidianas pelos pais/cuidadores, tais como costurar, cozinhar, limpar a casa, a criança observa e repete.	0,89

CDDP: Característica Definidora do Domínio Psicossocial;* IVC: Índice de Validade de Conteúdo; ** Referência empírica.

A característica definidora *Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores* apresentou conceito e também referência empírica com índices elevados, acima de 0,85. Nessa referência empírica, os especialistas sugeriram estabelecer a faixa etária do lactente, com o intuito de direcionar os exemplos, tais como: cozinhar, costurar e limpar a casa.

Além disso, houve também a sugestão de incluir a expressão: “conforme o padrão etário” para adequar melhor a característica definidora à faixa etária do lactente.

Por outro lado, questionaram também se os exemplos supracitados não poderiam abranger todas as faixas etárias estabelecidas no estudo, especificamente para crianças na fase de lactente. E, dessa forma, haveria a necessidade de reformular a referência empírica.

A seguir, a estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem em construção, após a primeira apreciação dos especialistas (QUADRO 13).

Quadro 13 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, após apreciação dos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Título diagnóstico: Disposição para crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)		
Domínio: Domínio 13- Crescimento/Desenvolvimento		
Classe: Classe 1: crescimento e Classe 2: desenvolvimento		
Definição: Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que podem ser melhoradas e são suficientes para o lactente alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).		
Domínio Físico		
Característica definidora	Conceito	Referência empírica

<p>1. Apresenta Crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados (peso, comprimento, circunferência cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular) para idade e sexo do lactente.</p>	<p>São indicadores utilizados para avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal da criança (GONZÁLES; PINO, 2010). São eles: peso; comprimento; circunferência cefálica e braquial; pregas cutâneas tricipital e subescapular.</p> <p><i>Peso (conceito):</i> É a resultante do sistema de forças exercidas pela gravidade sobre a massa corporal (TELLES; BARROS-FILHO, 2003).</p> <p><i>Comprimento (conceito):</i> É a distância compreendida entre dois planos que tangenciam respectivamente a planta dos pés e o vértex (ponto mais alto da cabeça) (BROCK; FALCÃO, 2008). Compreende a medida da estatura das crianças na faixa de 0 a 24 meses (BRASIL, 2002).</p> <p><i>Circunferência cefálica (conceito):</i> É a medida do perímetro da cabeça. Avalia o crescimento da cabeça ou do cérebro nos primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2002).</p> <p><i>Circunferência braquial (conceito):</i> É a medida do perímetro do braço.</p> <p><i>Pregas cutâneas (conceito):</i> É a medida do tecido celular subcutâneo do músculo subjacente que visa avaliar indiretamente a quantidade de gordura corporal (TELLES; BARROS FILHO, 2003). São representadas por: prega cutânea tricipital e subescapular.</p>	<p><i>Peso:</i> O lactente deve estar descalço, sem acessórios (chupeta, pulseira, fitas no cabelo) e com o mínimo de vestimenta, posicionado no centro da balança analógica ou digital de mesa em superfície plana, deitado ou sentado, a depender do seu estágio de desenvolvimento. Proceder à leitura da medida. (JARVIS, 2002)</p> <p>Valores em anexo.</p> <p><i>Comprimento:</i> Posicionar o lactente com roupas leves ou despido, descalço, com cabelos soltos e sem acessórios, em decúbito dorsal, com a cabeça alinhada numa tábua horizontal de medida com haste limitada entre a cabeça e os pés do lactente esticados, mantendo os joelhos juntos e retilíneos sobre uma superfície plana, utilizando um antropômetro. Para isso, deve-se deitar o lactente mantendo seus ombros e cabeça apoiados na mesa ou superfície plana. Segurar os tornozelos do lactente mantendo suas pernas esticadas. Encostar a cabeça do lactente na extremidade fixa do antropômetro. Deslizar a peça móvel do instrumento até encostar nos calcanhares, mantendo os joelhos bem estendidos. Proceder à leitura da medida. (BRASIL, 2002)</p> <p><i>Circunferência cefálica:</i> O examinador circunda a cabeça do lactente com a fita métrica graduada em centímetros nas proeminências ósseas frontal e occipital mais salientes. Proceder à leitura da medida. (JARVIS, 2002)</p> <p>Valores em anexo.</p> <p><i>Circunferência braquial:</i> Com o lactente sentado ou de pé, com o braço esticado ou relaxado ao lado do corpo. O examinador</p>
---	--	---

		<p>envolve a fita métrica em torno do braço em um ponto médio, entre o acrômio e o processo olecraniano. Para isso, a fita deve estar posicionada horizontalmente na linha média. Proceder à leitura da medida. (JARVIS, 2002)</p> <p>Valores em anexo.</p> <p><i>Prega cutânea tricipital:</i> Após medir o ponto médio do braço que se localiza entre os processos acromial da escápula e olecraniano da ulna, o examinador utiliza o polegar e o indicador da sua mão esquerda. No ponto médio, ele segura suavemente uma prega da pele horizontalmente à prega de gordura da face posterior do braço do lactente, paralelamente ao eixo longitudinal, estica suavemente a prega cutânea, afastando-a do músculo subjacente. Em seguida, o examinador aplica a embocadura do adipômetro. Proceder à leitura da medida. (JARVIS, 2002). Valores em anexo.</p> <p><i>Prega cutânea subescapular:</i> Com o lactente sentado no leito ou sobre os braços dos pais/cuidadores com o braço em extensão, o examinador posiciona-se atrás dele e faz a pinça obliquamente em relação ao eixo longitudinal, seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 1 centímetro do ângulo inferior da escápula. Em seguida, o examinador aplica a embocadura do adipômetro horizontalmente à prega de gordura. Proceder à leitura da medida. (TELLES; BARROS FILHO, 2003). Valores em anexo.</p>
<p>2.Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário.</p>	<p>São habilidades físicas que utilizam os músculos maiores e menores. Na Habilidade Motora Grossa (HMG), o lactente demonstra</p>	<p><i>1 mês:</i> (HMG) Levanta ligeiramente a cabeça. <i>1mês:</i> (HMF) Segura objeto colocado na mão. <i>2 a 3 meses:</i> (HMG) Levanta a</p>

	<p>a capacidade de executar movimentos corporais. Na Habilidade Motora Fina (HMF), o lactente apresenta coordenação entre olhos e mãos. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>cabeça até uma altura de 90° quando deitada de na posição ventral.</p> <p><i>2 a 3 meses</i> (HMF) Começa a bater nos objetos à vista.</p> <p><i>4 a 6 meses</i>: (HMG) Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta quando está sentada.</p> <p><i>4 a 6 meses</i> (HMF) Alcança e pega nos objetos.</p> <p><i>7 a 9 meses</i>: (HMG) Senta-se sem apoio; engatinha.</p> <p><i>7 a 9 meses</i> (HMF) Transfere objetos de uma mão para outra.</p> <p><i>10 a 12 meses</i>: (HMG) Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.</p> <p><i>10 a 12 meses</i> (HMF) Mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar a comida à boca.</p> <p><i>13 a 18 meses</i>: (HMG) Caminha para trás e de lado; rola bola de volta para adulto; bate palmas.</p> <p><i>13 a 18 meses</i> (HMF) Empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja.</p> <p><i>19 a 24 meses</i>: (HMG) Sobe e desce escadas; dois pés por degraus; salta do chão com os dois pés.</p> <p><i>19 a 24 meses</i> (HMF): Utiliza a colher para se alimentar, empilha quatro a 10 blocos.</p>
--	--	--

Domínio Cognitivo

<p>1.Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.</p>	<p>Capacidades concentradas nos processos envolvidos na percepção, aprendizagem, memória e resolução de problemas. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p> <p><i>Habituação</i>: Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com um estímulo reduz, retarda ou</p>	<p><i>Habituação e Desabituação</i></p> <p><i>Até 6 meses</i>: Um lactente que está mamando normalmente para quando seu pai ou cuidador é apresentado pela primeira vez chamando-lhe a atenção, e só volta a mamar quando seu pai/cuidador desaparece. Em outro dia a</p>
---	---	---

	<p>elimina uma resposta.</p> <p><i>Desabituação:</i> Aumento da responsividade após o acréscimo de um novo estímulo. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p> <p><i>Preferência visual:</i> Tendência do lactente de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p> <p><i>Transferência intermodal:</i> Capacidade do lactente de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p>mãe percebe que o pai/cuidador apresenta-se ao lactente durante a mamada e este não reage. No entanto, durante a mamada, o lactente reage quando ouve um som estranho na casa.</p> <p><i>Entre 6 e 12 meses:</i> É apresentada ao lactente uma imagem não familiar várias vezes. O lactente demonstra interesse e, logo a despreza. Em seguida, é apresentada outra imagem ligeiramente diferente da anterior e ele demonstra interesse.</p> <p><i>Entre 12 e 24 meses:</i> Durante suas brincadeiras, o lactente manuseia um brinquedo e permanece com ele por algum tempo, explorando seus detalhes e depois joga-o. Posteriormente, outro brinquedo prende a atenção dele.</p> <p><i>Preferência visual:</i></p> <p><i>Até 6 meses:</i> Pela manhã, após o banho, o lactente é colocado próximo ao móvel colorido e iluminado em movimento, ele fixa seu olhar no objeto. No final do dia, ao repetir essa ação, o lactente observa com menor intensidade o objeto enquanto fixa seu olhar em seus cuidadores.</p> <p><i>Entre 6 e 12 meses:</i> Ao receber um brinquedo e olhar para ele, o lactente sorri, movimenta os membros e permanece com ele durante todo o dia, enquanto que despreza os brinquedos antigos.</p> <p><i>Entre 12 e 24 meses:</i> Quando é apresentada uma figura geométrica redonda, o lactente a observa</p>
--	---	--

		<p>intensamente. Em seguida, é apresentada a mesma figura com tamanho maior e o lactente é capaz de distinguir as figuras, demonstrando interesse.</p> <p><i>Transferência intermodal:</i></p> <p><i>Até 6 meses:</i> Ao ouvir sua mãe/pai/cuidador ninar para dormir, a criança reage com olhar fixo para ele, permanecendo quieta, fecha os olhos e responde emitindo sons.</p> <p><i>Entre 7 e 10 meses:</i> Quando o lactente recebe um brinquedo, ele o manuseia e o leva à boca.</p> <p><i>Entre 11 e 18 meses:</i> Enquanto escuta sons musicais, o lactente movimentava braços, pernas e tronco, simulando uma dança.</p> <p><i>Entre 18 e 24 meses:</i> Ao perceber o brinquedo pular e bater palmas, o lactente repete os movimentos, sorrindo.</p>
<p>2. Expressa linguagem conforme o padrão etário.</p>	<p>É a aquisição de um sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática, o qual compreende a fala pré-linguística, em que a criança produz sons que não são palavras, incluindo choro, balbucio, arrolho e imitação acidental. E a fala linguística, a qual expressa a transmissão de um significado. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>	<p><i>1 a 2 meses:</i> Percebe a fala, o choro e dá alguma resposta ao som.</p> <p><i>3 meses:</i> Sorri espontaneamente.</p> <p><i>4 a 6 meses:</i> Brinca com os sons da fala.</p> <p><i>5 a 6 meses:</i> Começa a armazenar padrões sonoros na memória e associa os sons ao significado.</p> <p><i>6 a 10 meses:</i> Balbucia sequências de consoantes e vogais.</p> <p><i>6 a 12 meses:</i> Reconhece sons básicos da própria linguagem.</p> <p><i>9 a 10 meses:</i> Imita sons</p> <p><i>9 a 12 meses:</i> Começa a utilizar gestos sociais para se comunicar.</p>

		<p><i>13 meses:</i> Diz a primeira palavra.</p> <p><i>14 meses:</i> Utiliza gestos simbólicos.</p> <p><i>16 a 24 meses:</i> Aprende 50 a 400 novas palavras. Utiliza verbos e adjetivos.</p> <p><i>18 a 24 meses:</i> Diz sua primeira frase.</p> <p><i>24 meses:</i> Utiliza locuções de duas palavras. Quer conversar. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)</p>
Domínio Psicossocial		
1. Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários conforme o padrão etário.	Estado pelo qual o lactente, seus pais e/ou cuidadores comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente. Refere-se também às interações mútuas com outros adultos, os quais ajudam a estruturar as atividades do lactente. Costuma ocorrer nas brincadeiras e atividades cotidianas comuns, nas quais o lactente adquire informalmente as habilidades, o conhecimento e os valores importantes em sua cultura. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)	<p><i>Até os 6 meses:</i> O lactente arrulha e a mãe sorri, então o lactente arrulha de novo para fazer a mãe sorrir novamente.</p> <p><i>Entre 6 e 18 meses:</i> Pai/mãe/cuidadores interagem com o lactente sorrindo e batendo palmas, o lactente os observa e os repete.</p> <p><i>Entre 18 e 24 meses:</i> Na refeição principal, o lactente dá algum alimento aos pais/cuidadores e estes o recebem com entusiasmo (simulando a troca de papéis).</p>
2. Demonstra padrões de comportamento sociais conforme o padrão etário.	Processo de desenvolvimento de hábitos, habilidades, valores e motivos compartilhados por membros responsáveis e produtivos de uma sociedade. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)	<p><i>Do nascimento aos 3 meses:</i> Durante a interação com o lactente, pais e/ou cuidadores respondem repetindo sons que ele produz, falam em tons alto e baixo, lentamente. O lactente reage sorrindo para todos.</p> <p><i>Dos 3 aos 6 meses:</i> Quando está no colo ou nos braços de seus pais ou cuidadores, o lactente reluta em aceitar com facilidade os braços ou colo de outras pessoas.</p> <p><i>Dos 6 aos 24 meses:</i> O lactente agarra-se aos seus pais ou cuidadores quando</p>

		deseja realizar um passeio.
--	--	-----------------------------

Neste estudo, optou-se por refinar o instrumento, direcionando-o para crianças na fase de lactente, tendo em vista que, anteriormente, algumas referências empíricas não contemplavam todas as faixas etárias da criança até os 3 anos de idade.

Além disso, no período de lactente, as crianças, especificamente aquelas atendidas na atenção primária de saúde, são mais bem assistidas pelos enfermeiros, uma vez que estes realizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até os 2 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Somando-se a isso, o grupo de especialistas que participou da fase de refinamento do instrumento também sugeriu tal modificação sob a justificativa de que essa atitude tornaria o instrumento mais objetivo e abrangente, em relação às peculiaridades dessa fase.

Em virtude das diferentes faixas etárias estabelecidas para crianças na fase de lactente na literatura específica, neste estudo adotou-se que o período de lactente é vivenciado pela criança que ainda está em amamentação, que, segundo as publicações de Brasil (2002), se estende entre um mês e dois anos de vida da criança.

8 VALIDAÇÃO CLÍNICA

8.1 Objetivos específicos da 3ª etapa

- ✓ Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde entre lactentes que realizam o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento em um Centro de Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE;
- ✓ Avaliar a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem proposto.

8.2 Materiais e métodos da validação clínica

8.2.1 Tipo do estudo

Por se tratar de proposta de construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, direcionado para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, considerou-se o estudo de natureza transversal e de caráter observacional, com análise quantitativa. Esse tipo de estudo caracteriza-se por ser pontual, ou seja, a obtenção de todos os dados pertinentes à pesquisa acontece no momento de observação do avaliador. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), nos delineamentos transversais, os fenômenos sob estudo são obtidos no período da coleta de informações em um ponto fixo do tempo.

A natureza observacional do estudo significa perceber a realidade exterior, orientando-se para o reconhecimento de dados previamente definidos como de interesse no desenvolvimento da investigação (LEOPARDI, 2002).

8.2.2 Local do estudo

Para investigar a validade clínica do diagnóstico de enfermagem proposto, esta etapa foi desenvolvida em um Centro de Saúde da Família com crianças na fase de lactente.

O Centro de Saúde da Família do Município de Fortaleza/CE é uma complexa estrutura de saúde do município constituída por três equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Órtese e Prótese e um Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF). Nesta mesma unidade de saúde, há o Centro de Testagem e Aconselhamento e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS). O número total

de profissionais de enfermagem é de sete enfermeiras e 17 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos variados setores da unidade.

8.2.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por crianças saudáveis na fase de lactente, atendidas na referida unidade de saúde.

A amostra foi estabelecida por meio dos critérios de inclusão:

- a) Crianças na faixa etária supracitada;
- b) Crianças em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no Centro de Saúde da Família, *locus* do estudo;
- c) Lactentes sob condições adequadas para avaliação do crescimento e do desenvolvimento.

Após o atendimento a esses critérios de inclusão, foi aplicado o de exclusão:

- a) Lactentes acometidas por doenças crônicas (asma, insuficiência renal aguda e crônica, cardiopatias) e síndromes confirmadas por diagnóstico médico.

Como suporte nesta etapa, a NANDA-I (2013) realiza recomendações concernentes ao processo de validação/testes baseando-se em níveis de critérios de evidência. Particularmente, essas orientações contemplam todas as etapas de revisão/construção de diagnósticos pelo Comitê de Desenvolvimento dos Diagnósticos (CDD), tais como: análise do enunciado, da definição e das características definidoras. Especificamente no ambiente clínico, recomenda-se que os estudos clínicos sejam bem elaborados, com tamanho suficiente para possibilitar a generalização para a população geral, sempre levando em consideração o atendimento dos critérios de evidências nas fases anteriores: análise de conceito e o consenso relativo ao diagnóstico desenvolvido por especialistas.

A faixa etária estabelecida no estudo se justifica pela construção e validação do instrumento de coleta de dados voltado para a fase de lactente, em virtude da elevada demanda dessa clientela já ser acompanhada em relação ao crescimento e desenvolvimento pelo enfermeiro na unidade de saúde. Segundo Brasil (2002), na fase do lactente, ou no período denominado de primeira infância, ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor.

Para a seleção da amostra, Hoskins (1989) não estabelece a quantidade representativa de participantes. Dessa forma, com o intuito de ampliar a confiabilidade dos dados, a amostra foi estabelecida pelo número de lactentes com até 2 anos de idade,

cadastrados no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no Centro de Saúde da Família e atendidos nos meses de dezembro/2012 e janeiro/2013.

No Quadro 14, tem-se o demonstrativo mensal do número de crianças atendidas no ano de 2011, extraído dos consolidados (documentos) do Programa de Saúde da Família da referida unidade, *locus* do estudo:

Quadro 14 - Número de atendimentos mensais de crianças referente ao ano de 2011 no Centro de Saúde da Família, *locus* do estudo

Número de atendimentos mensais de crianças referente ao ano de 2011												
Faixa etária das crianças	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
0 a 3 meses e 29 dias	26	26	23	23	04	09	20	23	28	25	27	23
0 a 11 meses e 29 dias	56	53	60	55	27	27	48	45	55	52	53	57
12 a 23 meses e 29 dias	76	68	62	66	39	40	72	77	80	86	76	74
Total	158	147	145	144	70	76	140	145	163	163	156	131

Dessa forma, conforme apresentado, são atendidas, em média, 136,5 crianças. No entanto, como o período de coleta de dados coincidiu com o recesso das festas natalinas, o número proposto não foi alcançado. Dessa forma, a amostra fez um total de 45 crianças na fase de lactente.

8.2.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado na etapa de validação clínica foi construído na Análise de Conceito e validado por especialistas. Tal instrumento (APÊNDICE F) continha as seguintes variáveis:

- 1) Variáveis sociodemográficas;
- 2) Variáveis gestacionais e obstétricas;
- 3) Perfil alimentar do lactente;
- 4) Avaliação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto.

8.2.5 Operacionalização da coleta de dados

Os dados foram coletados entre dezembro/2012 e janeiro/2013, pela pesquisadora e mais duas enfermeiras. Uma delas era enfermeira da unidade de saúde e atuava diretamente com as crianças nas consultas de puericultura.

Inicialmente, após a identificação do lactente e seu responsável, foram apresentados a este os objetivos da pesquisa e o convite para autorizar a inclusão do lactente.

Com a anuência dos responsáveis, aqueles lactentes que atendiam a todos os critérios de inclusão e não pertenciam ao grupo excluído eram acompanhados durante a consulta de puericultura realizada pela enfermeira, para coleta das informações que constituíam os dados da pesquisa. Essas informações eram referentes às variáveis sociodemográficas, gestacionais e obstétricas, perfil alimentar do lactente e avaliação das características definidoras propostas para o diagnóstico. Além das informações obtidas durante a consulta, a pesquisadora completava os dados entrevistando o responsável e consultando o cartão do lactente.

Ressalta-se que, previamente ao início da coleta de dados, foi realizado um teste piloto com quatro lactentes que atendiam aos critérios estabelecidos. O teste ocorreu com a intenção de se verificar: o tempo despendido para a avaliação do lactente, o material necessário para esse momento, promoção da interação com a criança e seu responsável, com vistas à padronização da avaliação, sobretudo dos questionamentos a serem levantados ao se verificar a presença ou não de cada característica definidora do diagnóstico proposto.

Com base nisso, verificou-se que seria necessário um tempo mínimo de 30 minutos para a avaliação do lactente, tendo em vista que a interação com o lactente ou responsável caracteriza-se por ser algo bem subjetivo e peculiar a cada lactente. Nesse momento, também se identificou que a pertinência de algumas características definidoras dependia da observação do lactente em interação com seus responsáveis ou pelo uso de brinquedos (exemplo: móbil musical e colorido). Como exemplo, a característica definidora *Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento*, especificamente ao avaliar a referência empírica preferência visual, podia não ser identificada no momento da avaliação ou porque o responsável que acompanhava o lactente na consulta não interagiu com ele de forma espontânea, ou pelo não reconhecimento do lactente do brinquedo utilizado para avaliar o estímulo durante a consulta. Essa observação levou ao desenvolvimento de estratégias para minimizar a dificuldade de avaliação da característica, tais como ampliação do momento de interação e uso de brinquedos mais simples e variados.

Durante a avaliação dos lactentes foram utilizados alguns instrumentos: balança de mesa pediátrica manual, antropômetro científico, fita métrica graduada em centímetros, bonecos e bolinhas de borracha, móveis musicais, blocos de empilhar de madeiras, baldinho, chocalhos, colchonete, rádio portátil.

Posteriormente, foi necessário estabelecer alguns critérios para considerar a presença ou ausência das características definidoras na elaboração dos casos clínicos, uma vez que, para as diferentes faixas etárias do lactente, foram desenvolvidas muitas referências empíricas. Os critérios estão listados a seguir:

a) Para a característica definidora *Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente*, estabeleceu-se que, pelo menos, os valores dos três primeiros índices (peso, comprimento e circunferência cefálica) seriam condizentes com aqueles recomendados pela (OMS, 2006). Isso se justifica pela inexistência de valores padronizados para circunferência braquial, prega tricípital e prega subescapular para lactentes na faixa etária inferior a 3 meses. Assim, todos os lactentes seriam avaliados de forma igual.

Com base nisso, Sigulem, Devicenci e Lessa (2000) comentam que os parâmetros antropométricos usualmente utilizados para avaliar o crescimento de crianças são o peso e a estatura (altura ou comprimento), bem como os perímetros cefálico, torácico, braquial e abdominal, os quais devem ser analisados em função da idade e do sexo da criança, que são os principais determinantes do seu desenvolvimento. Essas medidas são frequentemente utilizadas com o objetivo de determinar a massa corporal, expressa pelo peso; as dimensões lineares, especialmente a altura/comprimento; a composição corporal e as reservas de energia e proteínas, estimadas pela gordura subcutânea e pela massa muscular.

b) Para a característica definidora *Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento*, com três referências empíricas (habituação e desabituação; preferência visual; transferência intermodal) a serem testadas, estabeleceu-se que a presença de pelo menos duas delas seria suficiente para definir a presença da característica.

c) Para as características definidoras que mencionavam o termo “*conforme padrão etário*” no seu enunciado, estabeleceu-se a presença delas quando a classificação etária da referência empírica era condizente com a idade do lactente avaliado. São elas: *Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário; Expressa linguagem conforme o padrão etário; Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme o padrão etário; Demonstra padrões de comportamento sociais conforme o padrão etário.*

A inferência quanto à presença do diagnóstico de enfermagem proposto nos lactentes avaliados foi realizada por duas enfermeiras especialistas, para as quais se atenderam os critérios do sistema de pontuação proposto por Fehring (1994), apresentados no Quadro 8.

Por fim, o critério de desempate nas inferências diagnósticas das especialistas foi estabelecido pelo consenso entre orientadora e pesquisadora, por meio dos critérios supracitados, utilizados para a construção dos casos clínicos. Posteriormente, para fins de análise, consideraram-se as respostas comuns às três inferências.

Uma das enfermeiras tinha maior tempo de experiência clínica com crianças por meio de consultas de puericultura na Unidade Básica de Saúde, e a outra atuava como docente na área da saúde da criança, bem como desenvolvia pesquisa nesta linha temática. As duas atuavam ou já haviam atuado na docência.

Após a primeira avaliação, cada especialista recebeu o resultado da avaliação de cada lactente sob a forma de caso clínico, contendo informações gerais sobre dados sociodemográficos, alimentares e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto (APÊNDICE G).

As especialistas fizeram separadamente, e sem comunicação, a inferência diagnóstica de cada caso clínico.

8.2.6 Análise dos dados da 3ª etapa

Para a construção das planilhas de dados, utilizou-se o *Software Excel 2007* e a análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central e de dispersão.

Para a análise descritiva consideraram-se as frequências absolutas e percentuais. Para verificação da normalidade/simetria dos dados numéricos, utilizou-se o teste Shapiro-Wilks, recomendado para tratamento estatístico de amostras inferiores a 50.

Na análise da acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem proposto, foram utilizados os testes de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo, área sob a curva ROC e Eficiência (E).

A sensibilidade refere-se à probabilidade de uma característica definidora que está presente entre aqueles que apresentam o diagnóstico de enfermagem. A especificidade, por outro lado, se refere à probabilidade da ausência de uma característica definidora, indicando indivíduos sem o diagnóstico. O valor preditivo positivo indica a probabilidade de uma característica definidora estar presente e o diagnóstico também, e o valor preditivo

negativo indica a probabilidade da ausência de uma característica definidora representar a ausência do diagnóstico (LUNNEY, 1992).

Assim, o valor preditivo positivo foi usado para ajudar a prever qual a probabilidade do lactente apresentar o diagnóstico de enfermagem *Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado*, se determinada característica definidora estivesse presente. Enquanto que o valor preditivo negativo foi usado para ajudar a prever qual a probabilidade de não se ter o diagnóstico se determinada característica definidora estivesse ausente.

Ademais, empregou-se a curva ROC como medida usada para comparar múltiplos indicadores clínicos e avaliar a acurácia dos indicadores clínicos. E a eficiência (E), a qual expressa a capacidade clínica para classificar corretamente indivíduos que apresentem ou não a condição clínica. A acurácia ou eficiência (E) de uma variável (característica definidora) consiste na capacidade de a mesma representar o que realmente se propõe (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

8.2.7 Aspectos éticos

Como mencionado, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Todos os responsáveis pelas crianças foram informados sobre os objetivos estabelecidos e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H).

Em face das exigências estabelecidas para a realização de pesquisas com seres humanos, os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência foram observados em todas as fases do estudo, assegurando-se aos sujeitos participantes o sigilo de suas identidades, e oferecendo a garantia de que os mesmos poderiam se retirar do estudo a qualquer momento e da não expressão de juízos de valor por parte da pesquisadora sobre o conteúdo das respostas.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Foram avaliados 45 lactentes, atendidos no Centro de Saúde da Família, localizado na periferia do Município de Fortaleza/CE. A seguir, estão apresentados os dados referentes ao perfil sociodemográfico do lactente e do seu responsável (Tabela 15).

Tabela 15 – Caracterização dos dados sociodemográficos dos lactentes e de seus responsáveis. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Variáveis	N	%			
Sexo do lactente					
Masculino	25	55,6			
Feminino	20	44,4			
Total	45	100,0			
Responsáveis					
Mãe	43	95,6			
Avó	1	2,2			
Tia	1	2,2			
Total	45	100,0			
Situação civil do responsável					
Com companheiro	37	82,2			
Sem companheiro	8	17,8			
Total	45	100,0			
Ocupação do responsável					
Do lar	20	44,4			
Estudante	2	4,4			
Outra	23	51,1			
Total	45	100,0			
	Média	DP ¹	Mediana	IQ ²	Valor p ³
Idade do lactente (meses)	7,24	5,98	5,00	9,00	0,000
Idade da mãe	24,91	5,7	24,00	6,00	0,000
Peso ao nascer (g)	3200,00	514,00	3100,00	694,00	0,042
Comprimento ao nascer (cm)	49,35	2,43	50,00	3,00	0,347
Escolaridade da mãe (anos)	11,86	3,40	12,0	5,00	0,000
Renda familiar (nº de salários)	1,50	0,78	1,00	1,00	0,000

¹DP - Desvio Padrão. ² IQ. Intervalo Interquartil. ³Teste Shapiro-Wilks.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 15, a maioria dos lactentes atendidos no Centro de Saúde da Família durante as consultas de puericultura era do sexo masculino (55,6%), estava sob os cuidados de suas mães (95,6%), que viviam com companheiro (82,2%). Romani e Lira (2004) afirmam que a coabitação com o pai da criança também constitui fator de favorecimento ao adequado crescimento da criança.

Nessa parcela avaliada, as mães apresentavam diferentes ocupações (51,1%), tais como: secretária, comerciante, zeladora, costureira, operadora de caixa, aposentada e autônoma. Acerca disso, Diniz (2007), em um estudo bibliográfico, afirma que o trabalho materno, sob a forma de recursos percebidos, mostrou-se associado ao maior ganho de peso infantil segundo a literatura. Ainda, Romani e Lira (2004) apontam que o grau de escolaridade influi na determinação do crescimento, visto que está diretamente relacionado com uma compreensão melhor da prática dos cuidados infantis, além de que um maior nível de instrução certamente contribuirá para uma oportunidade melhor de emprego e, por conseguinte, melhor nível salarial.

As variáveis, idade do lactente, idade e escolaridade da mãe, renda familiar e peso do lactente ao nascer apresentaram distribuição não normal ($p < 0,05$), portanto, foram analisadas quanto à mediana. Por outro lado, o comprimento do lactente ao nascer apresentou distribuição normal ($p > 0,05$) no referente ao teste Shapiro-Wilks. Dessa forma, essa variável foi analisada quanto à média.

Em face disso, metade dos lactentes apresentou idade de 5,00 meses (IQ= 9 meses). Segundo Brasil (2002), a fase de lactente é também conhecida como primeira infância. Nela, ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor.

Metade das mães dos lactentes tinha 24,00 anos (IQ= 6 anos). No referente à procedência, todos os lactentes residiam no Município de Fortaleza/CE.

Metade dos lactentes apresentou peso ao nascer de 3100 g (IQ 694 g) e média de comprimento ao nascer de 49,35 cm ($\pm 2,43$ cm). Segundo evidenciam Romani e Lira (2004), o estado de saúde da criança ao nascimento é um importante fator que determina a sua sobrevivência e qualidade de vida. Especificamente, porque o crescimento está influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais destacam-se a alimentação, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou retardando esse processo.

Somando-se a isso, o crescimento pós-natal também sofre a influência de fatores genéticos e externos que envolvem as condições socioeconômicas e ambientais, a

alimentação, a morbidade, além da evolução do crescimento intrauterino, traduzido pelo peso ao nascer.

No tocante à escolaridade e à renda familiar, essas variáveis apresentaram distribuição assimétrica nos lactentes avaliados ($p < 0,05$). Dessa forma, metade dos responsáveis pelos lactentes estudou 12,00 anos e tinha renda familiar de um salário mínimo. Consoante mostram os dados, os participantes desta pesquisa possuíam condições socioeconômicas desfavoráveis, mesmo que suas mães ou responsáveis tivessem apresentado um bom nível de escolaridade.

Oliveira (2001), investigando a influência dos fatores socioeconômicos, ambientais e materno-infantis de modo hierarquizado, em crianças menores de 2 anos de idade em 10 municípios do Estado da Bahia, observou que a prevalência da desnutrição aumentava à medida que decrescia a renda familiar *per capita*. Por outro lado, em face dessa realidade, o grupo estudado apresentou condições favoráveis ao seu adequado crescimento e desenvolvimento, tendo em vista que esses fenômenos compreendem o somatório de diversos aspectos: sociais, econômicos, culturais, alimentares, genéticos e ambientais.

Adiante, na Tabela 16 são expostos os dados referentes à alimentação dos lactentes na fase em que se encontravam.

Tabela 16- Distribuição dos lactentes, segundo suas características alimentares. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Alimentação	N	%
LM exclusivo	12	26,7
LM + complementos	23	51,1
LM+ leite artificial	10	22,2
Total	45	100

LM - Leite Materno

Observa-se que a maioria dos lactentes consumia leite materno complementado por sucos, papas salgadas e doces, frutas (51,1%), seguida por aqueles que estavam em aleitamento materno exclusivo. Monte e Giugliani (2004) definem alimentação complementar como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno, a partir dos seus 6 meses de vida, corroborando com os achados do presente estudo. Conforme Brasil (2003), essa alimentação deve ser complementada com alimentos comuns à região onde reside e ao hábito alimentar da sua família, em cinco refeições diárias.

Para tanto, deve reunir todos os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento da criança. Dessa forma, a alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a maioria das famílias (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Os autores supracitados também mencionam que uma alimentação complementar adequada para a criança ainda amamentada é importante para o seu ótimo crescimento e desenvolvimento e, portanto, torna-se um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação.

A seguir, a distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem apresentadas pelos lactentes (TABELA 17).

Tabela 17 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde. Fortaleza/CE, Brasil, 2013 (n=45)

Características Definidoras	N	%
Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente.		
Presente	45	100,0
Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário.		
Presente	42	93,3
Ausente	3	6,7
Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento.		
Presente	44	97,8
Ausente	1	2,2
Expressa linguagem conforme padrão etário.		
Presente	39	86,7
Ausente	6	13,3
Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário.		
Presente	40	88,9
Ausente	5	11,1

Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão

etário.	43	95,6
Presente	2	4,4
Ausente		

Na Tabela 17, observa-se que as características definidoras elaboradas por meio da análise de conceito sobre os fenômenos crescimento e desenvolvimento relacionados com a avaliação de lactentes, em seguida validadas por enfermeiros especialistas, estiveram presentes em grande parte dos lactentes, quando avaliados clinicamente no Centro de Saúde da Família. A característica definidora *Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente* foi encontrada em todos os lactentes (100%) avaliados.

Enquanto que as outras características definidoras estiveram presentes na maioria da clientela infantil: *Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário* (93,3%); *Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento* (97,8%); *Expressa linguagem conforme padrão etário* (86,7%); *Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário* (88,9%) e *Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário* (95,6%); estiveram presentes na maioria da clientela infantil.

A seguir, expõe-se o número de características definidoras apresentado por cada lactente, segundo avaliação realizada por meio do consenso entre orientadora e pesquisadora, para a construção dos casos clínicos submetidos aos especialistas para inferência diagnóstica (TABELA 18).

Tabela 18- Distribuição do número de características definidoras apresentado pelos lactentes, segundo avaliação realizada por meio do consenso entre orientadora e pesquisadora, para a construção dos casos clínicos. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Nº de Características Definidoras (CD)	Nº de lactentes			%	
Seis	33			73,3	
Cinco	8			17,8	
Quatro	3			6,7	
Duas	1			2,2	
Total	45			100,0	
	Média	DP¹	Mediana	P25²	P75³
Característica Definidora (CD)/lactente	5,60	0,80	6,00	5,00	6,00

¹DP – Desvio Padrão; ²P25 - Percentil 25; ³P75 – Percentil 75

Conforme análise da Tabela 18, a maior parte dos lactentes avaliados tinha seis características definidoras (73,3%), especificamente uma média de 5,6 CD por lactente avaliado, segundo julgamento entre orientadora e pesquisadora. Por outro lado, 25% dos lactentes apresentaram pelo menos cinco características definidoras.

Na Tabela 19 são apresentados os dados provenientes da distribuição das referências empíricas da característica definidora *Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento* entre as crianças avaliadas.

Tabela 19 - Distribuição das referências empíricas da característica definidora *Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento* entre as crianças avaliadas. Fortaleza/ CE, Brasil, 2013 (n=45)

Característica Definidora	N	%
Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento		
Habituação/Desabituação até 6 meses		
Presente	37	82,2
Ausente	8	17,8
Habituação/Desabituação entre 6 e 12 meses		
Presente	22	48,9
Ausente	23	51,1
Habituação/Desabituação entre 12 e 24 meses		
Presente	9	20,0
Ausente	36	80,0
Preferência visual até 6 meses		
Presente	40	88,9
Ausente	5	11,1
Preferência visual entre 6 e 12 meses		
Presente	19	42,2
Ausente	26	57,8
Preferência visual entre 12 e 24 meses		
Ausente	45	100,0
Transferência intermodal até 6 meses		
Presente	39	86,7
Ausente	6	13,3
Transferência intermodal entre 7 e 10 meses		
Presente	22	48,9
Ausente	23	51,1
Transferência intermodal entre 11 e 18 meses		
Presente	11	24,4
Ausente	34	75,6
Transferência intermodal entre 18 e 24 meses		
Presente	5	11,1
Ausente	40	88,9

Conforme se observa na Tabela 19, destaca-se a referência empírica “preferência visual entre 12 e 24 meses” que não esteve presente nos lactentes avaliados nesta faixa etária específica.

Particularmente, essa referência empírica se revelou difícil de ser avaliada pelas enfermeiras na validação clínica, uma vez que não foi possível identificar a resposta do lactente na distinção das figuras, quando se questionava sua preferência visual durante a apresentação de duas figuras geométricas em formato de círculo com tamanhos diferentes, em dois momentos seguidos. Possivelmente, o estímulo utilizado como exemplo de testagem da referência não tenha chamado a atenção do lactente ou ele não costumasse receber esse estímulo constantemente em seu domicílio.

Por outro lado, essa referência empírica foi avaliada como adequada pelos especialistas na etapa anterior deste estudo, principalmente porque houve uma grande reformulação do instrumento, o qual foi direcionado para a fase de lactente, e que, portanto, deveria abranger as diferentes idades deste período.

No referente à habituação, o fenômeno representa o declínio da atenção visual do lactente diante de um estímulo do ambiente. Seus índices e também aqueles provenientes da preferência visual do lactente por determinado objeto têm validade preditiva para o desenvolvimento cognitivo.

Sem um tempo pré-estabelecido para a apresentação de figuras/objetos quase semelhantes ao lactente em momentos subsequentes, este pode emitir sinais de preferência pelo novo (isto é, pelo objeto ou figura apresentado por último), alcançando a desabituação pelo objeto ou figura anterior. Nessas situações, cada lactente pode responder de forma diferente ao tempo para se familiarizar-se com o novo. Por tais razões, o tempo pode ser manipulado em razão da idade do sujeito e da complexidade dos estímulos (THEUER; FLORES-MENDOZA, 2003).

É interessante destacar que, mesmo após a breve familiarização tipicamente oferecida nesse tipo de procedimento, a partir de 3 meses de idade, aproximadamente, os bebês já demonstram preferência pelo novo (THEUER; FLORES-MENDOZA, 2003).

Nesse sentido, comenta-se também a referência empírica “Habituação/Desabituação até 6 meses”, que esteve presente em 82,2% dos lactentes, na qual se questionava a habituação/desabituação durante as mamadas. Nas situações em que o lactente não se alimentava com leite materno, esta avaliação foi feita mediante questionamento ao responsável de como o lactente se comportava durante a alimentação usual, o que pode ter prejudicado a resposta.

Observou-se, também, que ao se avaliar a preferência visual por um objeto, o exemplo fornecido pela referência não se adequava, pois muitos lactentes não possuíam brinquedos do tipo “móvil colorido e iluminado”, tendo em vista que a maioria deles advinha

de famílias com baixa renda e que residiam na periferia do Município de Fortaleza, em conjuntos habitacionais fornecidos pela prefeitura municipal.

A Tabela 20 expõe a distribuição das características definidoras quanto à acurácia para o diagnóstico de enfermagem proposto para lactentes.

Tabela 20 – Distribuição das medidas de acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial). Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Domínios	Características Definidoras	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Valor preditivo positivo (%)	Valor preditivo negativo (%)	Eficiência (E) (%)	Curva ROC (%)
Físico	Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente.	100,0	0,00	64,44	0,00	64,44	0,50
	Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário.	96,5	12,5	66,6	66,6	66,6	0,54
	Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.	100,0	6,25	65,9	100,0	66,6	0,53
Cognitivo							

Psicossocial	Expressa linguagem conforme padrão etário.	96,5	31,2	71,29	83,3	73,3	0,63
	Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário.	100,0	31,2	72,5	100,0	75,5	0,65
	Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário.	100,0	12,5	67,4	100,0	68,9	0,56

Curva ROC – Curva Receiver-Operating Characteristic

Pela análise dos dados apresentados na Tabela 20, todas as características definidoras mencionadas na tabela supracitada obtiveram valores de sensibilidade elevados (acima de 90%), valores preditivos positivos acima de 65%, valores preditivos negativos acima de 66%, entretanto, valores baixos de especificidade (menores que 32%).

A curva ROC estima a sensibilidade e especificidade da característica definidora por meio do tamanho da área contida abaixo da curva. Neste estudo, as características definidoras apresentaram estimativas acima de 0,50, o que confere boa sensibilidade e especificidade.

Somando-se a isso, quanto aos valores de eficiência, os quais reforçam a capacidade de classificar os lactentes com o diagnóstico de enfermagem presente ou não, neste estudo esta capacidade pode ser classificada como boa, tendo em vista que tais valores estão acima de 64%.

A determinação da sensibilidade, especificidade e poder preditivo dos sinais clínicos (características definidoras) associados a um diagnóstico de enfermagem é parte importante de validação de diagnósticos de enfermagem, que por sua vez é parte essencial do processo de enfermagem (LUNNEY, 1992).

Nesse sentido, cabe destacar que a característica definidora pertencente ao domínio físico do diagnóstico, denominada *Apresenta crescimento satisfatório, com índices*

antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente, apresentou elevado valor médio de sensibilidade (100%) e eficiência (64,4%), porém apresentou especificidade e valor preditivo negativo nulos para o diagnóstico (0,0%). Por conseguinte, sua capacidade preditiva positiva foi elevada (64,4%), significando dizer que essa característica definidora determina a presença do diagnóstico proposto e a sua ausência invalida o diagnóstico de enfermagem.

Ressalta-se que essa análise pode ter sofrido influência dos indicadores clínicos que compunham tal característica definidora, tais como peso, comprimento, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular, tendo em vista que estes foram avaliados em conjunto na inferência do diagnóstico pelos enfermeiros especialistas. Além disso, conforme já descrito, todos os lactentes apresentaram-na como característica definidora.

Em suma, neste estudo, as características definidoras construídas apresentaram valores preditores positivos acima de 65% para o diagnóstico de enfermagem proposto. Por outro lado, as características definidoras *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento; Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário, Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário* foram apontadas como características pouco importantes para predizer a ocorrência ou não do diagnóstico de enfermagem proposto (valores preditivos negativos 100%).

A seguir, o Quadro 15 apresenta a estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial), após as três fases de validação.

Quadro 15 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial), após as três fases de validação. Fortaleza/CE, Brasil, 2013

Título diagnóstico: Disposição para crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)
Domínio: Domínio 13- Crescimento/desenvolvimento
Classe: Classe 1: crescimento e Classe 2: desenvolvimento
Definição: Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que podem ser melhoradas e são suficientes para o lactente alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).
Características definidoras
Domínio Físico
1. Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados (peso, comprimento, circunferência cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular) para idade e sexo do lactente.
2. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário.
Domínio Cognitivo
1. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.

2. Expressa linguagem conforme o padrão etário.

Domínio Psicossocial

1. Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários conforme o padrão etário.

2. Demonstra padrões de comportamento sociais conforme o padrão etário.

10 CONCLUSÃO

O processo de validação foi constituído em três etapas: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica, imprescindíveis para a construção do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, assim denominado: Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado.

Diante disso, este estudo permitiu tais apontamentos:

1^a) Na análise de conceito:

- ✓ Reunir os componentes necessários para a construção do diagnóstico na categoria Promoção da Saúde, incluindo: título, conceito, características definidoras e suas definições conceituais e operacionais (referências empíricas) referentes aos fenômenos crescimento e desenvolvimento para a clientela infantil.

Nesta etapa foram analisados 83 estudos selecionados em cinco bases de dados. No geral, predominaram estudos americanos (21,7%), publicados no ano de 2010, com nível de evidência II (estudos de caso-controle) (54,2%), realizados na atenção primária de saúde. Os estudos apresentaram diversidade de domínios sobre o fenômeno desenvolvimento infantil. E, por isso, neste estudo, a análise de conceito trouxe subsídios para estudar os três tipos de domínio do desenvolvimento infantil: físico, cognitivo e psicossocial.

No tocante à análise de conceito, nota-se que ainda há muitas controvérsias quanto ao emprego dos termos “desenvolvimento infantil” e “crescimento infantil”, tendo em vista que a literatura traz os fenômenos dissociados ou agregados. O crescimento abrange diferentes conotações, incluindo aspectos sociais e fisiológicos relacionados às alterações no tamanho e na forma, remetendo às medidas corporais, tratando-se especificamente como algo que se quantifica ou se mede, denotando um caráter físico sobre o fenômeno. Por outro lado, algumas definições enfocam outros aspectos ligados ao crescimento, tais como capacidades sensoriais, habilidades motoras, o que evidencia relativa integração dos conceitos crescimento e desenvolvimento em seu significado. Enquanto que o desenvolvimento é definido como um fenômeno amplo e complexo, pois integra diferentes domínios – mental, cognitivo, comportamental, perceptivo, motor, físico, os quais acontecem continuamente, porém cada um deles apresenta suas particularidades e influências mútuas.

No referente às definições conceituais e operacionais, identificaram-se consequentes (características definidoras) acerca dos fenômenos na literatura. No entanto, muitos deles foram extraídos da literatura complementar, especificamente livros-texto sugeridos por profissionais especialistas na temática. Por fim, esse levantamento exaustivo da

literatura contribuiu com a elaboração de 15 características definidoras distribuídas seis no domínio físico, seis no domínio cognitivo e três no domínio psicossocial, as quais compuseram o instrumento, validado na etapa posterior.

2^a) Validação com especialistas:

- ✓ Apreciação do instrumento constituído por duas partes: 1^a) caracterização dos especialistas; e 2^a) proposta diagnóstica: título, definição, domínio 13, características definidoras com suas definições conceituais e operacionais (referências empíricas) por 22 especialistas na área da saúde da criança, predominantemente do sexo feminino (94,4%), doutores (55,6%), concentrados na Região Nordeste (61,1%), que exerceram suas atividades no último ano como docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) (83,3%). O tempo de formação dos especialistas foi em média de 13,1 anos ($\pm 8,5$), com variação entre 4 anos (mínimo) e 32 anos (máximo) de formação. A maioria deles referiu desenvolver estudos como autores/orientadores nas duas temáticas: Terminologias em enfermagem (diagnósticos de enfermagem) (61,1%) e Crescimento e desenvolvimento infantil (88,8%) em diferentes categorias de estudo, incluindo monografias de graduação, monografias de especialização, artigos científicos, dissertação, tese e outros, como trabalhos de iniciação científica. Além disso, grande parte dos especialistas tinha experiência no ensino de conteúdos sobre diagnósticos de enfermagem (94,4%) e crescimento e desenvolvimento infantil (94,4%).
- ✓ Quanto à estrutura do diagnóstico, a maioria dos especialistas apontou que o título denominado Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (61,1%) seria o mais adequado para o diagnóstico de enfermagem em construção. Todavia, alguns sugeriram incluir o termo “crescimento” no título escolhido, sob a justificativa de que a literatura ainda aponta que os fenômenos são apresentados separadamente; bem como a utilização do termo “lactente”, tendo em vista que neste momento o instrumento em análise foi direcionado para a fase do lactente. Todos os especialistas concordaram que o diagnóstico proposto deve estar incluído no domínio 13 – crescimento/desenvolvimento (100%), local onde já existem diagnósticos que abordam a mesma temática segundo a NANDA-I, e também na classe que distribui os fenômenos em classes separadas: classe 1- crescimento e classe 2- desenvolvimento (55,6%).

- ✓ No referente ao conceito do diagnóstico proposto, a maioria dos especialistas optou pelo conceito 1 (55,6%), sob a justificativa de este ser mais completo e relacionar-se ao título proposto.
- ✓ Parte dos especialistas sugeriu o acréscimo no instrumento de algumas peculiaridades da fase do lactente referentes às características definidoras (concordância verbal, substituição e acréscimo de termos, junção de características definidoras, reformulação de conceitos e definições operacionais), contudo foram consideradas somente aquelas que possuíam embasamento na literatura científica.

Por fim, das 15 características definidoras elaboradas, restaram seis, as quais foram distribuídas nos três domínios do desenvolvimento infantil e evidenciaram, conforme examinado pela análise de conceito e validação por especialistas, conteúdo apropriado para avaliar o crescimento e desenvolvimento do lactente.

3^a) Validação clínica:

- ✓ Estudo realizado com 45 lactentes, avaliados durante a consulta de puericultura em um Centro de Saúde da Família. A maioria deles era do sexo masculino (55,6%), estava sob os cuidados de suas mães (95,6%), que viviam com companheiro (82,2%). No geral, as mães ou responsáveis apresentavam diferentes ocupações (51,1%). Metade dos lactentes apresentou idade de 5 meses, com mães/responsáveis com idade média de 24 anos. No referente ao peso ao nascer, metade dos lactentes apresentou 3100 g e média de comprimento ao nascer de 49,35 cm ($\pm 2,43$ cm). Metade do número de mães ou responsáveis pelos lactentes estudou 12 anos e tinha renda familiar de um salário mínimo. A maioria dos lactentes ingeria leite materno complementado por sucos, papas salgada ou doce, frutas.

As seis características definidoras elaboradas por meio da análise de conceito sobre os fenômenos crescimento e desenvolvimento voltados para a criança, em seguida validadas por enfermeiros especialistas, estiveram presentes em grande parte dos lactentes, na etapa de validação clínica. A característica definidora *Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente* foi encontrada em todos os lactentes (100%).

- ✓ Todas as características definidoras obtiveram valores de sensibilidade elevados (acima de 90%), valores preditivos positivos acima de 65%, valores preditivos negativos acima de 66%, entretanto, valores baixos de especificidade (menor que 32%). Portanto, são bons indicadores preditivos da ocorrência do diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde.

- ✓ Destaca-se que a característica definidora pertencente ao domínio físico do diagnóstico, denominada *Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente*, apresentou elevado valor médio de sensibilidade (100%) e eficiência (64,4%), porém apresentou especificidade e valor preditivo negativo nulos para o diagnóstico (0,0%). Por conseguinte, sua capacidade preditiva positiva foi elevada (64,4%), significando dizer que essa característica definidora determina a presença do diagnóstico proposto e a sua ausência invalida o diagnóstico de enfermagem.
- ✓ Em suma, neste estudo, as características definidoras construídas apresentaram valores preditores positivos acima de 65% para o diagnóstico de enfermagem proposto. Por outro lado, as características definidoras *Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento; Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme padrão etário, Demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário* foram apontadas como características pouco importantes para prever a ocorrência ou não do diagnóstico de enfermagem proposto (valores preditivos negativos 100%).

Com relação às hipóteses, estas foram aceitas, tendo em vista que a análise de conceito foi de grande relevância para fundamentar a construção do diagnóstico de enfermagem. Além disso, as características definidoras elaboradas resultaram em especificidades voltadas à fase de lactente na clientela infantil, por conseguinte na construção do diagnóstico de enfermagem.

Neste estudo, algumas limitações foram observadas:

- a) O uso da literatura complementar, tais como livros-texto na área específica do desenvolvimento infantil, como subsídios para extração de componentes do diagnóstico de enfermagem. Vale salientar que a limitação só foi considerada em virtude da falta de rigor metodológico para seleção dos livros-texto, bem como para o ano de publicação deles.
- b) Na validação com especialistas, o número limitado da amostra de especialistas, decorrente da vigente dificuldade em recrutar profissionais com experiência prévia na temática em estudo. Além disso, diante dessa dificuldade, não foi possível retornar o instrumento aos especialistas (n=18) após a primeira apreciação, já que esta culminou com mudanças relevantes (direcionamento do instrumento para crianças na fase de lactente). Dessa forma, o instrumento foi reenviado para apenas cinco dos especialistas.

- c) Na validação clínica, o número limitado de lactentes avaliados, mesmo reconhecendo que nesta fase se recomenda trabalhar amostras maiores, com possibilidades de generalização. Portanto, recomenda-se que outros estudos com maior rigor metodológico sejam realizados no futuro, abrangendo as diferentes faixas etárias da criança em outras localidades do Brasil.
- d) Ainda na validação clínica, destaca-se que a falta de treinamento prévio de enfermeiros como diagnosticadores, na fase de inferência diagnóstica, tenha prejudicado a avaliação do diagnóstico, tendo em vista que houve grandes discrepâncias nas respostas aos casos clínicos. Por fim, o instrumento utilizado na validação clínica, constituído por características definidoras e várias referências empíricas (definições operacionais), possivelmente dificultou a inferência do diagnóstico como presente ou ausente. Talvez esse fato tenha ocorrido em virtude das peculiaridades na fase do lactente já pré-estabelecidas pela faixa etária, tornando a avaliação do lactente mais rígida. Por outro lado, sabe-se que algumas crianças atingem marcos do desenvolvimento em tempos diferentes (ordem cronológica do desenvolvimento infantil), sem que sejam consideradas com déficits ou atrasos no desenvolvimento infantil.

Este trabalho possibilitou contribuir para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I, especificamente no domínio 13, referente ao crescimento e desenvolvimento, por conseguinte, da linguagem da sistematização da assistência de enfermagem.

A proposta de construção do diagnóstico de enfermagem Disposição para o crescimento e desenvolvimento do lactente melhorado pode ajudar enfermeiros na melhor execução do processo de enfermagem, de forma específica e orientada para o levantamento e análise das características definidoras do diagnóstico de promoção do crescimento e desenvolvimento do lactente.

Em face disso, o enfermeiro de posse do conhecimento dos componentes do diagnóstico proposto, pode elaborar medidas eficazes para a manutenção do crescimento e para a manutenção adequada do crescimento e desenvolvimento do lactente.

REFERÊNCIAS

- ABUBAKAR, A. et al. Socioeconomic status, anthropometric status, and psychomotor development of Kenyan children from resource-limited setting: a path-analytic study. **Early Hum. Dev.**, v. 84, p. 613-621, 2008.
- ALFARO-LEVREFE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 39, n. 1, p. 53-61, 2005.
- AZCORRA, H.; DICKINSON, F.; ROTHENBERG, S. J. Family migration and physical growth in Merida, Mexico. **Am. J. Hum. Biol.**, v. 21, p. 398-400, 2009.
- BARBOSA, M. S.; MAFEI, F. H.; MARIN, M. J. S. Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p.601-604, 2004.
- BEKER, L. Principles of growth assessment. **Pediatr. Rev.**, v. 27, n. 5, p.196-199, 2011.
- BELFORT, M. B. *et al.* Infant growth and child cognition at 3 years of age. **Pediatrics**, v.122, n.3, p.e689-e695, 2008.
- BENTON, D. Micronutrient status, cognition and behavioral problems in childhood. **Eur. J. Nutr.**, v.47, suppl. 3, p.38-50, 2008.
- BERRY, D. et al. An intervention for multiethnic obese parents and overweight children. **Appl. Nurs. Res.**, v. 20, p. 63– 71, 2007.
- BEYERLEIN, A. et al. Early rapid growth: no association with later cognitive functions in children Born not small for gestacional age. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.92, p.585-593, 2010.
- BLACK, M. M. et al. Policies to reduce undernutrition include child development. **Lancet**, v. 371, n. 9611, p. 454-455, 2008.
- BOTTON, J. et al. Parental body size and early weight and height growth velocities in their offspring. **Early Hum. Develop.**, v. 86, p. 445-450, 2010.
- BOYD, D.; BEE, H. **A criança em crescimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 39, n. 3, p. 350-357, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, 2005.

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

BRÊTAS, J. R. S. **Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade**. São Paulo: Iátria, 2006.

CACHAPUZ, R. F.; HALPERN, R. A influência das variáveis ambientais no desenvolvimento da linguagem em uma amostra de crianças. **Rev. AMRIGS**, v. 50, n.4, p. 292-301, 2006.

CAETANO, M. J. D.; SILVEIRA, C. R. A.; GOBBI, L. T. B. Desenvolvimento motor de pré-escolares no intervalo de 13 meses. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, v. 7, n. 2, p. 5-13, 2005.

CARVALHO, E. C. et al. Análise da produção brasileira sobre validação de diagnóstico de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 8., 2006, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, 2006.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 188 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CHARLTON, K. E. et al. An assessment of the effectiveness of growth monitoring and promotion practices in the Lusaka district of Zambia. **Nutrition**, v. 25, p.1035-1046, 2009.

CHAVES, E. C. L. et al. Spiritual distress: integrative review of literature. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 7, n. 2, 2008.

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

CHEUNG, Y. B.; ASHORN, P. Continuation of linear growth and its association with cognitive ability are not dependent on initial length-for-age: a longitudinal study from 6 months to 11 years of age. **Acta Paediatrica**, v. 99, p.1719-1723, 2010.

COHEN, N. J. *et al.* Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 458-468, 2008.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

- DATAR, A.; JACKNOWITZ, A. Birth weight effects on children's mental, motor, and physical development: evidence from twins data. **Matern. Child Health J.**, v.13, p.780-794, 2009.
- DEATON, A. Height, health, and development. **PNAS**, v. 104, n. 33, p.13232-13237, 2007.
- FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.
- FEHRING, R. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippicott, 1994. p. 55-62.
- FIELD, T.; DIEGO, M. Vagal activity, early growth and emotional development. **Infant Behav. Dev.**, v. 31, p. 361-373, 2008.
- FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004.
- FULLER, B. et al. The health and cognitive growth of latino Toddlers: at risk or immigrant paradox? **Matern. Child Health J.**, v. 13, p. 755-768, 2009.
- GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 110 f. Tese (Doutorado) - Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.
- GANNAM, S. S. A. **Percepção de pais e professores do desenvolvimento de crianças de três a seis anos comparada com o Teste de Denver II**. 2009. 148f. Dissertação [Mestrado]. Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo, 2009.
- GONZÁLEZ, M. A.; PINO, J. L.V. Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS/OMS: evaluación del estado nutricional e implicâncias em um centro de salud familiar. **Rev. Chil. Nutr.**, v. 37, n. 2, p.169-177, 2010.
- GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3. ed. [S.l]: Mosby, 1994.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.
- GRAY, S.; AKOL, H. A.; SUNDAL, M. Mixed-longitudinal growth of breastfeeding children in Moroto district, Uganda (karamoja subregion). A loss of resiliency? **Am. J. Hum. Biol.**, v. 20, p. 499-509, 2008.
- GRIFFITHS, L. J. et al. Differential parental weight and height contributions to offspring birthweight and weight gain in infancy. **Int. J. Epidemiol.**, v. 36, p.104-107, 2007.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 73, n. 5, p. 529-539, 2002.

HANDAL, A.J. et al. Sociodemographic and nutritional correlates of neurobehavioral development: a study of young children in a rural region of Ecuador. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n. 5, p. 292-300, 2007.

HARADA, M. J. C. S.; WAKSMAN, R. D.; PEREIRA, S. R. O brinquedo, a criança e a segurança. In: BRÊTAS, J. R. S. **Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade**. São Paulo: Iátria, 2006. cap. 6, p. 219-225.

HEINONEN, K. et al. Prenatal and postnatal growth and cognitive abilities at 56 months of age: a longitudinal study of infants born at term. **Pediatrics**, v.121, n.5, p. e1325-e1333, 2008.

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

HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. **Classification of nursing diagnosis: proceeding of the eighth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-131.

HUI, L. L. et al. Determinants of infant growth: evidence from Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. **Ann. Epidemiol.**, v. 20, n. 11, p. 827-835, 2010.

JACKSON, A. A. Feeding the normal infant, child and adolescent. **Paediatr. Nutr.**, v. 39, n.1, p. 58-61, 2010.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JOHNSON, D. E. et al. Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially to foster vs ongoing institutional care. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v. 164, n. 6, p. 507-516, 2010.

JOMAA, L. H.; MCDONNELL, E.; PROBART, C. School feeding programs in developing countries: impacts on children's health and educational outcomes. **Nutr. Rev.**, v. 69, n. 2, p. 83-98, 2011.

JONES, S. S. The development of imitation in infancy. **Phil. Trans. R. Soc. B**, v. 364, p. 2325-2335, 2009.

KRAMER, M. S. et al. Breastfeeding and child cognitive development. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 578-584, 2008.

LAMPL, M.; THOMPSON, A. L. Growth cart curves do not describe individual growth biology. **Am. J. Hum. Biol.**, v.19, p. 643-653, 2007.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, G. G. T. et al. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 117-124, 2009.

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

LUCAS, P. J. et al. The importance of size and growth in infancy: integrated finding from systematic reviews of scientific evidence and lay perspectives. **Child: Care, Health Dev.**, v. 33, n. 5, p. 635-640, 2006.

LUNNEY, M. Divergent productive thinking factors and accuracy of nursing diagnoses. **Res. Nurs. Health**, v. 5, n. 4, p. 303-311, 1992.

MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

MARIA-MENGEL, S. M. R. **Vigilância do desenvolvimento em Programa de Saúde da Família**: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças. 2007. 312 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MARQUES, R. C. et al. Maternal fish consumption in the nutrition transition of the Amazon Basin: growth of exclusively breastfed infants during the first 5 years. **Ann. Hum. Biol.**, v. 35, n. 4, p. 363-377, 2008.

MELEIS, A. I. Strategies for concept development. In: MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 1997. p. 203-222.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem**: disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONTEIRO, F. P. M. et al. **Ações de promoção da saúde implementadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil**. [2010]. Não publicado.

MONTEIRO, F. P. M.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. **Crescimento e desenvolvimento**: análise do conceito. [2010]. Não publicado.

MOZAFFARI-KHOSRAVI, H. et al. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2-5 years old children. **Biol. Trace Elem. Res.**, v.128, p.118-127, 2009.

MULDER, P. J. A concept analysis of effective breastfeeding. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 35, n. 3, p. 332-339, 2006.

NAIDOO, J.; WILLS, J. Theory into practice. In: _____. **Developing practice: public health and health promotion**. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier, 2005.

NOBRE, F. D. A. et al. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicol. Refl. Crít.**, v. 22, n. 3, p. 362-369, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA Internacional). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promot.**, v.13, n. 4, p. 349-364, 1998.

OLIVEIRA, V. A. **A influência dos fatores socioeconômicos, ambientais e materno-infantis no estado antropométrico de crianças menores de 2 anos de idade em 10 municípios do estado da Bahia: um modelo de análise hierarquizado**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

OPAS. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAPALIA, E. D.; OLD, S.W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PARK, H. et al. The impact of nutritional status and longitudinal recovery of motor and cognitive milestones in internationally adopted children. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 8, p.105-116, 2011.

PETRILL, S. A. et al. Genetic and environmental influences on the growth of early reading skill. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v. 51, n. 6, p. 660-667, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed, 2004.

REIFSNIDER, E.; KELLER, C. S.; GALLAGHER, M. Factors Related to Overweight and Risk for Overweight Status Among Low-Income Hispanic Children. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 21, n. 3, June 2006.

RIOS, D. R. **Grande dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: DCL, 2010.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 1, p. 15-23, 2004.

SACHDEV, H. P. S.; GERA, T.; NESTEL, P. Effect of iron supplementation on physical growth in children: systematic review of randomized controlled trials. **Public Health Nutr.**, v. 9, n. 7, p. 904-920, 2006.

SAHA, K. K. et al. Household food security is associated with growth of infants and young children in rural Bangladesh. **Public Health Nutr.**, v. 12, n. 9, p.1556-1562, 2009.

SAWADA, A. et al. Head growth evaluation in early childhood, from the Japan Children's study. **Pediatr. Int.**, v. 52, n. 3, p. 343-346, 2010.

SAZAWAL, S. et al. Micronutrient fortified Milk improves iron status, anemia and growth among children 1-4 years: a Double masked, randomized, controlled trial. **PloS ONE**, v. 5, n. 8, p. e12167, 2010.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, U. M.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **J. Pediatr.**, v. 76, supl. 3, p. 275-283, 2000.

SILVA, R. R. F. et al. Desenvolvimento. In: PUCCINI, R. F.; HILÁRIO, M. O. E. (Ed.). **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, G. R. F.; CARDOSO, M. V. L. M. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil. In: MOURA, E.C. **Fases e faces do cuidar em enfermagem: o Piauí no nordeste brasileiro**. Teresina: EDUFPI, 2011.

SPARKS, S. M.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the diagnostic content validity model. **Nurs. Diag.**, v. 5, n.1, p. 31-35, 1994.

SPEGMAN, A.M.; HOUCK, G.M. Assessing the feeding/eating interaction as a context for the development of social competence in toddlers. **Issues Compr. Pediatr. Nurs.**, v. 28, n. 4, p. 213-236, 2005.

TELLES, R. K.; BARROS FILHO, A. A. O uso da antropometria como método de avaliação da composição corporal em pediatria. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.12, n. 4, p. 351-363, 2003.

THEUER, R.V.; FLORES-MENDOZA, C.E. Avaliação da inteligência na primeira infância. **Psico-USF**, v. 8, n. 1, p. 21-32, jan./jun. 2003.

TIKOTZKY, L. et al. Sleep and physical growth in infants during the first 6 months. **J. Sleep Res.**, v.19, p.103-110, 2010.

TOMLINSON, M. *et al.* Pos-partum depression and infant growth in a South African per-urban settlement. **Child: Care, Health Dev.**, v. 32, n. 1, p. 81-86, 2006.

TRAVÉ, T. D.; TORRES, G.; OLASCOAGA, J. H. Estudio longitudinal del crecimiento em Navarra (1993 a 2007). **An. Pediatr. (Barc.)**, v. 70, n. 6, p. 526-533, 2009.

TRIPATHY, V.; GUPTA, R. Growth among Tibetans at high and low altitudes in India. **Am. J. Hum. Biol.**, v.19, p. 789-800, 2007.

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

VAN BATENBURG-EDDES, T. et al. Does gestation duration within the normal range predict infant neuromotor development. **Early Hum. Develop.**, v. 84, p. 659-665, 2008.

VAN DIJK, C. E.; INNIS, S. M. Growth-curve Standards and the assessment of early excess weight gain in infancy. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, p. 102-123, 2007.

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

WALKER, S. P. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 9556, p. 145-157, 2007.

WEAVER, L. T. How did babies growth 100 years ago? **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 65, p. 3-9, 2011.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WOO, J. G. et al. Human Milk adiponectin is associated with infant growth in two independent cohorts. **Breastfeeding Med.**, v. 4, n. 2, p. 101-109, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Primary health care**: report of the international conference primary health care, Alma Ata, 1978.

XIONG, X. et al. Birth weight and infant growth: optimal weight gain versus optimal infant weight. **Matern. Child Health J.**, v.11, p. 57-63, 2007.

YOKOYAMA, Y. et al. Weight growth charts from birth to 6 years of age in Japanese Triplets. **Twin Res. Hum. Genet.**, v.11, n. 6, p.641-647, 2008.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Monitoring growth. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 79, Supl.1, p. S23-S32, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Protocolo da Revisão Integrativa

Instrumento para Análise Conceitual dos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil, a partir das publicações componentes da Revisão Integrativa

REVISÃO INTEGRATIVA-PROTOCOLO
Tema: Análise de conceito sobre os fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil
1) Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre os fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil
2) Questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Qual a definição constitutiva e operacional de Crescimento e Desenvolvimento infantil?</i> • <i>Quais os atributos, antecedentes e consequentes dos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento infantil?</i>
3) Estratégias para buscar as pesquisas
Base de dados <ul style="list-style-type: none"> ❖ Base de dados 1: Scopus ❖ Base de dados 2: Pubmed ❖ Base de dados 3: Cinahl ❖ Base de dados 4: Lilacs ❖ Base de dados 5: Cochrane ❖ Livros-texto
Descritores controlados: (DeCS/MESH) Crescimento e desenvolvimento/ <i>Growth and development</i> Pré-escolar/ <i>child, preeschool</i> Infante/ <i>Infant</i>
Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Artigos, anais, editoriais ❖ Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol. ❖ Estudos que abordam os fenômenos supracitados em crianças até a idade pré-escolar e que respondam às questões norteadoras deste estudo.
Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Teses e dissertações
5) Estratégia para coleta de dados dos estudos <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento adaptado de Ursi (2008)
6) Estratégia para avaliação crítica dos estudos <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)
7) Sínteses dos dados <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização dos estudos • Categorias temáticas • Análise de conceito proposta por Rodgers (2000)

1. Caracterização do Estudo		
Título do estudo:		
Título do periódico:		
Autores:		
País:		
Idioma:		
Ano de publicação		
Área:		
Local do estudo	Hospital <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Instituição única <input type="checkbox"/> Pesquisa multicêntrica <input type="checkbox"/> Não identifica o local <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de revista científica	Publicação de enfermagem <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Objetivo ou questão de investigação		
2. Classificação do estudo segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)	Nível I <input type="checkbox"/> Síntese de Estudo de coorte <input type="checkbox"/> Síntese de Estudo de caso-controle	
	Nível II <input type="checkbox"/> Estudo de coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso-controle	
	Nível III <input type="checkbox"/> Metassíntese de estudos qualitativos <input type="checkbox"/> Síntese de estudo descritivo	
	Nível IV <input type="checkbox"/> Apenas um Estudo Qualitativo <input type="checkbox"/> Apenas um Estudo Descritivo	
	Nível V <input type="checkbox"/> Opinião de especialista	
3. A partir do estudo, foi possível identificar:		
Qual o conceito de Crescimento e Desenvolvimento nas publicações?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Como o Crescimento e o Desenvolvimento podem ser mensurados em crianças?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Quais os atributos que compõem o Crescimento e o Desenvolvimento?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Quais os antecedentes do Crescimento e do Desenvolvimento infantil?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Como os antecedentes que compõem o Crescimento e do Desenvolvimento infantil podem ser mensurados?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:

Quais os consequentes do Crescimento e do Desenvolvimento infantil?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Como esses consequentes podem ser mensurados?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:

APÊNDICE B
Carta-convite para participação no estudo
(Etapa 2-Validação por especialistas-)

Carta-Convite

Fortaleza, 6 de julho de 2012

Prezada(o) Enfermeira(o),

Meu nome é Flávia Paula Magalhães Monteiro, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/Brasil. Estou desenvolvendo a Tese intitulada **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes**, sob a orientação da Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração como especialista na temática saúde da criança. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem da categoria Promoção da Saúde em construção, bem como de suas definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais). Diante desse instrumento, a Sra. (o Sr.) julgará a representatividade desses indicadores para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos.

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

Gostaríamos, se possível, que a Sra. (o Sr.) indicasse mais enfermeiros especialistas 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,

Flávia Paula Magalhães Monteiro

flaviapmm@yahoo.com.br

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENFERMEIROS ESPECIALISTAS – VALIDAÇÃO COM ESPECIALISTAS

Título da pesquisa: **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir a construção de um diagnóstico de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) na categoria Promoção da Saúde, voltado para o crescimento e desenvolvimento de crianças. Inicialmente, na primeira etapa do estudo, realizamos um levantamento minucioso acerca dos elementos conceituais referentes aos fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil, o qual resultou na proposta diagnóstica, contendo título ou rótulo do diagnóstico, definição conceitual, características definidoras com suas definições e o modo como devem ser mensuradas. Neste momento, na etapa de validação de conteúdo entre especialistas, o sr.(a) deve analisar esses elementos quanto à sua pertinência e representatividade para o diagnóstico proposto. Posteriormente, esses componentes serão avaliados no ambiente clínico.

Inicialmente, agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua participação é fundamental em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com esta temática. O material respondido poderá ser devolvido via correio ou *e-mail*. Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta **em um período máximo de 30 dias**, pois os resultados desta etapa serão essenciais para a execução da validação clínica.

Sua colaboração é importante, porém, o sr.(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem claros.

Destacamos ainda que: 1º) a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo, e também poderá retirar seu consentimento; 2º) a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3º) e estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Flávia Paula Magalhães Monteiro **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Raul Pompéia, 24, Carlito Pamplona
Telefone para contato: (85) 9943 3497 **E-mail:** flaviapmm@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se o sr.(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8344

Eu, abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____
declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando 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.

__/__/__

Nome do voluntário

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

APÊNDICE D



INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

PARTE 1 – INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1- Descrição sumária da pesquisa intitulada *Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes*

A finalidade deste estudo é a construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, voltado para o crescimento e desenvolvimento de crianças. A motivação para a realização deste estudo emergiu quando se avaliou o crescimento (especificamente avaliação antropométrica e nutrição) de crianças sob a condição crônica de saúde – cardiopatias congênitas, ocasião na qual se observou uma clientela com relativa discrepância em suas medidas corporais, quando se comparava com crianças saudáveis (MONTEIRO, 2009).

Além disso, no que se refere aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2010), especificamente do domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento, os diagnósticos relativos aos fenômenos ainda estão unidos (diagnóstico na categoria Real - *Atraso no crescimento e no desenvolvimento*) ou desmembrados (diagnóstico na categoria de Risco - *Risco para o crescimento desproporcional; e Risco de atraso no desenvolvimento*), o que denota controvérsias quanto ao uso dos termos. Somando-se a isso, neste domínio inexistem diagnósticos na categoria Promoção da Saúde, na qual a clientela saudável expressa motivação ou desejo de melhorar seu potencial de saúde.

Marcondes, Setian e Carraza (2002) apontam que o desenvolvimento é mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se também às alterações da composição e do funcionamento das células, à dimensão dos membros, à maturação dos órgãos e à aquisição de novas funções.

Nesse âmbito, percebe-se a necessidade de clarificar o conceito sobre os fenômenos Crescimento e Desenvolvimento e de aprofundar esse tema na clientela infantil com vistas à

construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, na tentativa de contribuir com a assistência de enfermeiros que atuam diretamente com crianças saudáveis.

A primeira etapa da Tese foi realizada por meio da análise de conceito proposta por Rodgers (2000) e da revisão integrativa da literatura acerca dos fenômenos Crescimento e Desenvolvimento de crianças, com foco na faixa etária entre 1 mês e 3 anos de vida, segundo o eixo V (bebê, criança que começa a andar e criança no período pré-escolar) da NANDA-I (2010).

A partir disso, foram construídos: título ou rótulo diagnóstico e sua definição conceitual, as definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) para cada característica definidora. Na atual fase da pesquisa, estamos investigando a adequação do título, da definição do diagnóstico em questão, das características definidoras, bem como a validade das definições conceituais e referências empíricas construídas mediante avaliação de especialistas, utilizando para tanto passos sistematizados dos modelos de validação de diagnósticos propostos por Hoskins (1989) e Fehring (1994).

Portanto, a seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem que utilizamos em nosso trabalho para que facilite sua avaliação. Ademais, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

2. Diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde

O diagnóstico de enfermagem corresponde a um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. A NANDA-I contempla a taxonomia II, caracterizada por ser multiaxial, com três níveis: 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem aprovados. O caráter multiaxial da taxonomia permite o acréscimo de outros diagnósticos, bem como de modificações em seus componentes, visto que possibilita também identificar possíveis lacunas ou novos diagnósticos. (NANDA-I, 2010).

Nesse ensejo, os diagnósticos de enfermagem podem ser classificados segundo o eixo 7 em situações ou em categorias: *Diagnóstico Real*; *Diagnóstico de Risco* e *Diagnóstico de Promoção da Saúde*.

Os diagnósticos de enfermagem na categoria Promoção da Saúde são julgamentos clínicos da motivação e do desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o

bem-estar, concretizar o potencial de saúde e intensificar comportamentos específicos de saúde (NANDA-I, 2010). Podem ser usados em qualquer estado de saúde, sem necessidade de níveis atuais de bem-estar. Essa disposição tem o apoio das características definidoras.

Os diagnósticos nessa categoria são representados pelos componentes: o enunciado diagnóstico, que se inicia com a expressão “*Disposição para (...) aumentado/melhorado*”; definição conceitual e características definidoras.

De acordo com a NANDA-I (2010), o enunciado diagnóstico estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo ou expressão que representa um padrão de indícios relacionados que delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

As características definidoras são indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde. Elas apoiam a necessidade do indivíduo em aumentar, concretizar e intensificar o potencial de saúde.

3. Validação dos diagnósticos de enfermagem

Para que permaneça baseada em evidências, a estrutura taxonômica precisa de refinamentos contínuos na tentativa de acompanhar as modificações sociais e culturais locais, sempre considerando as peculiaridades das manifestações de tais problemas em populações específicas (MELO, 2004).

Pelas diferentes dificuldades encontradas na prática assistencial do enfermeiro, estudos de construção diagnóstica precisam ser encorajados, uma vez que no Brasil a produção nessa área é recente e o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido. Além disso, embora o processo de validação dos diagnósticos de enfermagem, bem como de suas características definidoras, permeie a incorporação dos diagnósticos na prática de enfermagem, os conceitos dos diagnósticos aprovados pela NANDA-I necessitam ser testados por meio de pesquisas com diferentes realidades e populações (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Para se afirmar que um diagnóstico de enfermagem é válido, ele deve passar por um processo no qual se conclua se as características definidoras que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (GARCIA, 1998). Nesse processo, estudos de construção e validação de diagnósticos podem oferecer sustentação e contribuir para melhorar a acurácia de diagnósticos, permitindo inferências adequadas na prática profissional do enfermeiro.

4. Validação de diagnósticos propostos por Hoskins (1989)

Hoskins (1989) descreveu três passos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica.

A análise de conceito deste estudo foi baseada no modelo de Rodgers (2000), por meio de uma revisão integrativa da literatura que trouxe evidências sobre os fenômenos crescimento e desenvolvimento infantil, especificamente seus elementos conceituais: antecedentes, consequentes, atributos, definições conceituais e operacionais (referências empíricas). A partir disso, esses elementos são aplicados à proposta de construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde, voltado para o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Conforme Rodgers (2000), o processo de desenvolvimento de conceito pode ser descrito e ilustrado como um ciclo que continua através do tempo e dentro de um contexto particular. Três distintos aspectos de desenvolvimento de conceito são evidentes: significado, uso e aplicação do conceito. Esse método envolve seis passos, denominados: Identificar o conceito e associar expressões incluindo os termos substitutos; Identificar e selecionar o domínio apropriado (cenário e amostra) para coleta de dados; Coletar dados relevantes para identificar atributos do conceito, identificar a base contextual do conceito incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequentes); Analisar os dados com relação às características do conceito; Identificar um exemplo do conceito, se apropriado; Identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento do conceito.

Após analisar o conceito e elaborar uma lista de componentes referentes à proposta de construção do diagnóstico, Hoskins (1989) propõe a segunda etapa para obtenção da concordância entre os especialistas de que o título, definição conceitual, referências empíricas ou definição operacional, características definidoras representam adequadamente o diagnóstico.

A validação clínica, última etapa da validação de diagnósticos de enfermagem proposta por Hoskins (1989), objetiva testar se a lista dos componentes do diagnóstico desenvolvida na análise de conceito e validada pelo grupo de especialistas é sustentada por dados clínicos. Um importante passo a ser considerado é descrever claramente cada componente do diagnóstico que está sendo testado, e, se possível, construir definições operacionais para cada componente, indicando o que e como será avaliado (FEHRING, 1987).

5. Critérios a serem considerados na adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em construção, com vistas a investigar a representatividade desses componentes para o diagnóstico proposto.

Adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem:

A característica definidora NÃO é indicativa do diagnóstico de enfermagem proposto.
A característica definidora é MUITO POUCO indicativa do diagnóstico de enfermagem proposto.
A característica definidora é DE ALGUM MODO indicativa do diagnóstico de enfermagem proposto.
A característica definidora é CONSIDERAVELMENTE indicativa do diagnóstico de enfermagem proposto.
A característica definidora é MUITÍSSIMO indicativa do diagnóstico de enfermagem proposto.

6. Critérios a serem considerados na avaliação das definições conceituais e referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde

Para a investigação da representatividade das definições conceituais e referências empíricas você deve atribuir um valor a cada um deles, indicando o quanto cada evidência representa o diagnóstico de enfermagem proposto, em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo.

PARA ISSO, É IMPORTANTE CONSIDERAR O SIGNIFICADO DE ALGUNS TERMOS:

Definição conceitual: O conceito é considerado uma “abstração que é expressa de alguma forma”, tendo em vista que é formado pela identificação das características comuns de uma classe de objetos ou fenômenos com abstração e agrupamento mental em torno da palavra (WALKER; AVANT, 2005). Com base nisso, a definição conceitual oferece uma variável com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da análise de conceito, derivações do conceito ou síntese do conceito (BURNS; GROVE, 1995).

Definição operacional: Definição também conhecida por referência empírica, a qual se propõe medir o conceito. É importante para o desenvolvimento de instrumentos acurados, contribuindo com a validação de conteúdo (CAVALCANTE, 2011).

Ressalta-se que há algumas características definidoras com mais de uma referência empírica e, assim, você deve assinalar de 1 a 5 para cada uma, separadamente.

1	Nada pertinente
2	É muito pouco pertinente
3	É de algum modo pertinente
4	Consideravelmente pertinente
5	Muitíssimo pertinente

8. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo máximo de 30 dias**, para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase.

A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, bem como do instrumento, poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal, será enviado um envelope previamente selado e endereçado para que, em seguida, seja devolvido assinado, conforme solicitado anteriormente, na carta-convite.

8. Referências

BURNS, N; GROVE, S. K. **Understanding nursing research**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1995.

CAVALCANTE, T.F. **Validação do diagnóstico risco de aspiração em pacientes com acidente vascular encefálico**. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-graduação em enfermagem. Fortaleza-Ce, 2011.

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.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.11, n. 3, p. 24-31, 1998.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.), **Classification of the nursing diagnosis**. Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989, p. 126–131.

MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MONTEIRO, F. P. M. **Estado nutricional de crianças portadoras de cardiopatias congênitas**: identificação das medidas antropométricas. 2009. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2. ed., 2000.

APÊNDICE E

Instrumento de coleta de dados – 2ª etapa – Validação com especialistas

PARTE 1- CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da Especialização: _____

Tema da Monografia de Especialização: _____

Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da tese de Doutorado: _____

Tempo de defesa da tese de Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2, 4 e 5):

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Não desenvolveu | |
- Qual(is) terminologia(s)? _____

2- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática *Crescimento e desenvolvimento infantil* na forma de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |

- () Artigos científicos () Outros
 () Não desenvolveu

3- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem*? () Sim () Não

Se sim:

- Qual o nome do grupo/projeto?
 Por quanto tempo participou ou participa do grupo?
 Qual o local em que ocorre o grupo?

4- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *saúde da criança*? () Sim () Não

Se sim:

- Qual nome do grupo/projeto?
 Por quanto tempo participou ou participa do grupo?
 Qual o local em que ocorre o grupo?

Se sim, desenvolveu ou desenvolve pesquisas em que fase da criança?

- () Neonato
 () Lactente
 () Infante
 () Pré-escolar
 () Escolar

5- Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- () Hospital () Unidade Básica de Saúde
 () Instituição de Ensino () Outro (especificar): _____

6- Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?

- () Sim. Por quanto tempo? _____ () Não

7- Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?

- () Sim. Por quanto tempo? _____ () Não

8- Presta/prestou assistência de enfermagem a crianças, por meio de avaliações do crescimento e desenvolvimento infantil?

- () Sim () Não

Se sim, em qual classificação relacionava-se a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil:

- () Neonato
 () Lactente
 () Infante
 () Pré-escolar
 () Escolar

Em qual local: _____

Há quanto tempo prestou assistência? _____

10- Já identificou diagnósticos de enfermagem relacionados ao domínio 13 *Crescimento/Desenvolvimento* em sua prática clínica?

() Nunca () Poucas vezes () Frequentemente

11- Já identificou diagnósticos de enfermagem na categoria *Promoção da Saúde* em sua prática clínica?

() Nunca () Poucas vezes () Frequentemente

12- No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática *Crescimento e desenvolvimento da criança*?

() Sim () Não

PARTE 2

“CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA CATEGORIA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO: ESTUDO EM LACTENTES”

Por favor, leia atentamente os itens referentes ao possível diagnóstico de enfermagem e responda o que se pede:

1) Escolha o título diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde:

() Disposição para desenvolvimento infantil melhorado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)

SUGESTÃO:

() Disposição para desenvolvimento infantil aumentado (Especificar: físico, cognitivo ou psicossocial)

SUGESTÃO:

() Nenhuma das opções anteriores. Apresente sua sugestão.

SUGESTÃO:

Inclusão do Diagnóstico no **Domínio 13: Crescimento/Desenvolvimento?**

() sim () não

SUGESTÃO:

Inclusão do Diagnóstico em qual **Classe?**

() Classe 1: crescimento () Classe 2: desenvolvimento

() Classe 1: crescimento e Classe 2: desenvolvimento

SUGESTÃO:

2) Escolha o conceito diagnóstico mais adequado ao novo diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde:

() **Definição 1:** Mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que são suficientes para a criança alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras refinadas e gerais, em pensamentos e relacionamentos sociais e nos aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas).

() **Definição 2:** Padrão de mudanças contínuas nos domínios físicos, cognitivos e psicossociais necessários para a criança atingir funções gradativamente mais complexas de um estágio para outro.

() **Definição 3:** Mudança gradual e progressiva de habilidades/competências mais simples para as mais complexas em atividades da criança com relação à progressão do seu crescimento (princípio céfalo-caudal/próximo-distal), aprendizado (vocabulário mais complexo) e maturidade dos sistemas fisiológicos (tipo, estrutura e organização).

() Nenhuma das opções anteriores. Apresente sua sugestão.

Sugestões:

3) A seguir, estão listadas as características definidoras encontradas na literatura referentes ao possível diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde para o crescimento/desenvolvimento infantil. **De acordo com seu conhecimento e experiência, assinale com um “X” a opção mais adequada sobre a indicação da característica definidora em relação ao diagnóstico em questão.**

Adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem proposto na categoria Promoção da Saúde:

A característica definidora NÃO É INDICATIVA do diagnóstico proposto.

A característica definidora É MUITO POUCO INDICATIVA do diagnóstico proposto.

A característica definidora É DE ALGUM MODO INDICATIVA do diagnóstico proposto.

A característica definidora É CONSIDERAVELMENTE INDICATIVA do diagnóstico proposto.

A característica definidora É MUITÍSSIMO INDICATIVA do diagnóstico proposto.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Não é indicativa	Muito pouco indicativa	De algum modo indicativa	Consideravelmente indicativa	Muitíssimo Indicativa
Domínio Físico					
1. Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/altura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricípital e subescapular) dentro dos padrões de normalidade.					
2. Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento					

(relações peso/idade; peso/altura; peso/comprimento; comprimento/idade; altura/idade).					
3.Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário.					
4.Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário.					
5. Capacidades sensoriais (tato, paladar, olfato, visão, audição e reflexos primitivos) iniciais adequadas.					
6. Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos.					
Domínio Cognitivo					
1.Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento.					
2. Aquisição da linguagem					
3.Demonstra padrões de comportamento sociais.					
4. Adquire o autocontrole e a autonomia.					
5. Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência.					
6.Começa a desenvolver o autoconceito.					
Domínio Psicossocial					
1. Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores primários.					
2. Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais.					
3. Amplia seus relacionamentos sociais.					

4) Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar ou sugerir a retirada de características definidoras (CD) para a proposta de construção do diagnóstico de enfermagem na categoria Promoção da Saúde no espaço reservado, mencionando a(s) justificativa(s).

Sugestão de inclusão de novas CD	Justificativa

Sugestão para retirada de CD	Justificativa

5) Cada característica definidora (CD) possui uma definição conceitual e uma ou mais referências empíricas (definições operacionais). Você deve assinalar com um “X” a pertinência destas em relação a cada CD.

Adequação do conceito e referência empírica à característica definidora:

Nada pertinente
 Muito pouco pertinente
 De algum modo pertinente
 Consideravelmente pertinente
 Muitíssimo pertinente

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS						
Domínio Físico						
Expressa medidas antropométricas (peso, comprimento/estatura, circunferências cefálica e braquial, pregas cutâneas tricipital e subescapular dentro dos padrões de normalidade.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente	
Definição conceitual: São indicadores utilizados para avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal da criança (GONZÁLES; PINO, 2010).						
Referência empírica: Peso; estatura (comprimento ou altura); circunferência cefálica; circunferência braquial; prega cutânea do tríceps e prega cutânea subescapular.						
Peso	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente	
Definição conceitual: É a resultante do sistema de forças exercidas pela gravidade sobre a massa corporal (TELLES; BARROS-FILHO, 2003).						
Referência empírica: A criança deveria estar descalça, sem acessórios (chupeta, pulseira, fitas no						

cabelo) e com o mínimo de vestimenta, posicionada no centro da balança analógica ou digital de mesa em superfície plana, deitada ou sentada, a depender do seu estágio de desenvolvimento (JARVIS, 2002). As balanças mais apropriadas possuem divisões em, no mínimo, 100 g, com capacidade total de, no mínimo, 25 kg (BRASIL, 2002).					
Estatura (Comprimento ou altura)	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É a distância compreendida entre dois planos que tangenciam respectivamente a planta dos pés e o vértex (ponto mais alto da cabeça) (BROCK; FALCÃO, 2008). <i>Comprimento:</i> É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 0 a 23 meses (BRASIL, 2002). <i>Altura:</i> É a medida da estatura das crianças que se encontram na faixa de 24 a 72 meses (BRASIL, 2002).					
Comprimento	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Referência empírica: A criança deve estar com roupas leves ou despida, descalça, com cabelos soltos e sem acessórios, em decúbito dorsal numa tábua horizontal de medida com haste limitada entre a cabeça e os pés da criança esticados, mantendo os joelhos juntos e retilíneos sobre uma superfície plana, utilizando um antropômetro. Para isso, deite a criança mantendo seus ombros e cabeça apoiados na mesa ou superfície plana. Segure os tornozelos da criança mantendo suas pernas esticadas. Encoste a cabeça da criança na extremidade fixa do antropômetro. Deslize a peça móvel do instrumento até encostar nos calcanhares, mantendo os joelhos bem estendidos. Proceda à leitura da medida. (BRASIL, 2002)					

Altura	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
<p>Referência empírica: Deve ser obtida com a criança em pé, descalça, com o mínimo de vestimenta, sem acessórios no cabelo, sobre uma balança plataforma com antropômetro ou em antropômetro de parede. Coloque a criança de pé, sem curvar os joelhos, braços ao longo do corpo, com os calcanhares e ombros eretos e olhando para frente. Deslize a haste metálica da balança até encostar na cabeça da criança, com pressão suficiente apenas para comprimir os cabelos, mantendo-a firme. Proceda à leitura da medida. (BRASIL, 2002)</p>					
Circunferência cefálica	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
<p>Definição conceitual: É a medida do perímetro da cabeça. Avalia o crescimento da cabeça ou do cérebro nos primeiros anos de vida da criança. (BRASIL, 2002)</p>					
<p>Referência empírica: O examinador circunda a cabeça da criança com a fita métrica graduada em centímetros nas proeminências ósseas frontal e occipital mais salientes. (JARVIS, 2002)</p>					
Circunferência braquial	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
<p>Definição conceitual: É a medida do perímetro do braço.</p>					
<p>Referência empírica: Com a criança sentada ou de pé, com o braço esticado ou relaxado ao lado do corpo, o examinador envolve a fita métrica em torno do braço em um ponto médio, entre o acrômio e o processo olecraniano. Para isso, a fita deve estar posicionada horizontalmente na linha média. (JARVIS, 2002)</p>					
Pregas cutâneas	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente

Definição conceitual: É a medida entre o polegar e o indicador na qual se define o tecido celular subcutâneo do músculo subjacente (TELLES; BARROS-FILHO, 2003).					
Prega cutânea tricipital	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Referência empírica: Após medir o ponto médio do braço que se localiza entre os processos acromial da escápula e olecraniano da ulna, o examinador utiliza o polegar e o indicador da sua mão esquerda. No ponto médio, ele segura suavemente uma prega da pele e a gordura da face posterior do braço da criança, paralelamente ao eixo longitudinal, estica suavemente a prega cutânea, afastando-a do músculo subjacente, mantém a prega cutânea presa com o adipômetro horizontalmente e faz a leitura. (JARVIS, 2002)					
Prega cutânea subescapular	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Referência empírica: Com a criança sentada no leito ou sobre os braços dos pais/cuidadores com o braço em extensão, o examinador posiciona-se atrás dela e faz a pinça obliquamente em relação ao eixo longitudinal, seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 1 centímetro do ângulo inferior da escápula. Em seguida, o examinador aplica a embocadura do adipômetro horizontalmente à prega de gordura. (TELLES; BARROS FILHO, 2003)					
Índices antropométricos adequados conforme a idade e o sexo da criança estabelecidos através das curvas de crescimento	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: São combinações de índices que permitem descrever a condição antropométrica da criança individual ou do grupo de crianças que apresenta crescimento satisfatório (BRASIL, 2002).					

Referência empírica: Relação peso/idade; relação peso/estatura; relação estatura/idade.					
Relação peso/idade	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É o significado de variações do peso em relação à idade e reflete qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde da criança (BRASIL, 2002).					
Referência empírica: É a correspondência do peso pela idade. Vide a referência empírica do peso.					
Relação peso/comprimento ou peso/altura	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É a relação importante para detectar deficiências recentes de peso (desnutrição aguda) (BRASIL, 2002).					
Referência empírica: É a correspondência do comprimento pelo peso. Vide as referências empíricas do peso, do comprimento e da altura, respectivamente.					
Relação estatura/idade (comprimento/idade ou altura/idade)	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É a relação utilizada para o acompanhamento do crescimento linear da criança (BRASIL, 2002).					
Referência empírica: É a correspondência do comprimento pela idade. Vide a referência empírica do comprimento/altura. <i>Observação:</i> Todas essas relações mencionadas são obtidas com a aplicação de procedimentos estatísticos: a distribuição percentilar difundida em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observada para uma determinada idade ou sexo, que estima a classificação da criança de mesma idade e sexo em relação ao parâmetro avaliado; e o escore Z que representa afastamentos da mediana em unidades de desvio padrão.					

<p>Tais procedimentos são calculados nos programas <i>Anthro</i> e <i>Nutristat</i>. A seguir, os valores de classificação em percentis normais: - Entre os percentis 97 e 3: faixa de normalidade nutricional. Valores em Escores Z: Os pontos de corte recomendados para determinar o padrão de normalidade encontram-se entre duas unidades de desvio padrão abaixo e acima do valor médio. (BRASIL, 2002)</p>					
Desempenha habilidades motoras gerais conforme o padrão etário.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: São habilidades físicas que utilizam os músculos maiores e nelas a criança demonstra a capacidade de executar movimentos corporais, tais como: pular e correr (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					
<p>Referências empíricas: <i>Imês:</i> Levanta ligeiramente a cabeça.</p>					
<p><i>2 a 3 meses:</i> Levanta a cabeça até uma altura de 90° quando deitada de na posição ventral.</p>					
<p><i>4 a 6 meses:</i> Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta quando está sentada.</p>					
<p><i>7 a 9 meses:</i> Senta-se sem apoio; engatinha.</p>					
<p><i>10 a 12 meses:</i> Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.</p>					
<p><i>13 a 18 meses:</i> Caminha para trás e de lado; rola bola de volta para adulto; bate palmas.</p>					
<p><i>19 a 24 meses:</i> Sobe e desce escadas; dois pés por degraus; salta do chão com os dois pés.</p>					
<p><i>3 anos:</i> Corre com facilidade; sobe em móveis sem auxílio, reboca e empurra brinquedos.</p>					

Desempenha habilidades motoras refinadas conforme o padrão etário.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: São habilidades físicas que utilizam os músculos menores e a coordenação entre olhos e mãos, tais como: copiar figuras e abotoar (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referências empíricas: <i>1 mês:</i> Segura objeto colocado na mão.					
<i>2 a 3 meses:</i> Começa a bater os objetos à vista.					
<i>4 a 6 meses:</i> Alcança e pega nos objetos.					
<i>7 a 9 meses:</i> Transfere objetos de uma mão para outra.					
<i>10 a 12 meses:</i> Mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar a comida à boca.					
<i>13 a 18 meses:</i> Empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja.					
<i>19 a 24 meses:</i> Utiliza a colher para se alimentar, empilha quatro a 10 blocos.					
<i>3 anos:</i> Pega pequenos objetos, arremessa bola pequena quando de pé (BEE; BOYD, 2011).					
Capacidades sensoriais iniciais adequadas	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Conhecidas também como áreas sensoriais primárias do córtex responsáveis pela análise inicial das informações sensoriais (COLE; COLE, 2003). Referência empírica: Tato, Olfato, Paladar, Audição, Visão, Reflexos primitivos e adaptativo.					
Tato	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente

Definição conceitual: Sentido pelo qual se percebe a extensão, a consistência, a forma e a temperatura de algo (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).					
Referência empírica 1: Quando pais/cuidadores acariciam a bochecha de uma criança faminta perto da boca, ela reage tentando encontrar um mamilo (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica 2: Pais e/ou cuidadores, durante os momentos de interação com a criança, tocam partes do corpo dela, especialmente as mãos e ponta dos dedos, para sentir o calor (das pessoas), frio (água fria), macio (toalhas, objetos felpudos), áspero (escova) e o prazer (cócegas, carícias) (BRETAS, 2006).					
Olfato	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Sentido com que os cheiros são percebidos, identificados e diferenciados (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).					
Referência empírica: Durante seus cuidados diários, pais e/ou cuidadores introduzem no ambiente diversificados odores: frutas, verduras, perfumes, essências, flores, sabão, temperos, colocados a diferentes distâncias (BRETAS, 2006).					
Paladar	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Sentido da percepção do gosto e dos sabores (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).					
Referência empírica: Durante a alimentação, pais e/ou cuidadores estimulam seus filhos experimentar sabores diferentes, como doce (sucos), salgado (sopas), amargo (legumes), azedo (frutas) para desenvolver o sentido do paladar (BRETAS, 2006).					
Audição	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente

Definição conceitual: É o ato de ouvir. Sentido pelo qual se percebe o som (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).					
Referência empírica: O uso de chocalhos sonoros, sinetas, apitos e assobios acionados pelos pais/cuidadores em diferentes posições ao redor da criança para incentivar a percepção e reconhecimento de sons (BRETAS, 2006).					
Visão	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Sentido pelo qual se percebe a luz, cores, formas e reações espaciais através do sistema de captação e elaboração formadas pelo órgão da visão e pelo cérebro (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).					
Referência empírica: Os pais/cuidadores apresentam-se para a criança, em sua linha média de visão, a aproximadamente 20 cm de distância. Em seguida, pais/cuidadores, movimentam objetos coloridos, de forma diferente, de cores claras e escuras, brilhantes, na frente da criança ou pode mantê-los suspensos no berço ou carrinho de passeio à distância de 20 a 24 cm dos olhos da criança.					
A partir do 4º mês, pais e/ou cuidadores utilizam diferentes móveis à distância de 30 a 37 cm dos olhos da criança ou podem movê-los no ar, em círculo e sem círculo[,] para que ela siga-os com os olhos (BRETAS, 2006).					
Reflexos					
Definição conceitual: Reações inatas da criança, involuntárias e automáticas à estimulação (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica: <i>Reflexo primitivo Tônico-cervical:</i> Ao deitar a criança na posição dorsal, esta assume uma postura de “esgrimista”, com o braço estendido					

para o lado em que a cabeça está virada. Cessa por volta do 3º mês de vida.					
<i>Reflexo primitivo da Prensão:</i> Ao estimular a criança com cócegas na mão, esta agarra firmemente o dedo do examinador. Cessa por volta do 4º mês.					
<i>Reflexo primitivo de Moro:</i> Ao estimular a criança com um movimento brusco, esta estende as pernas, braços e dedos; arqueia as costas e puxa a cabeça para trás. Cessa por volta do 6º mês.					
<i>Reflexo primitivo de marcha:</i> Ao segurar a criança com as mãos sob os braços (na região das axilas), esta faz movimentos semelhantes a passos, alternando os pés como se caminhasse. Cessa por volta do 3º mês.					
<i>Reflexo Babinski:</i> Ao estimular a criança com cócegas na planta do pé, esta abre os dedos do pé em leque. Cessa aproximadamente entre 6 e 9 meses.					
<i>Reflexo adaptativo de Busca:</i> Ao estimular a criança com um toque na região perioral com as pontas dos dedos, esta vira a cabeça em direção ao toque, abre a boca e faz movimentos de sucção. Cessa por volta dos 6 a 8 meses de idade (BEE; BOYD, 2011).					
Desenvolve brincadeiras ativas e não estruturadas as quais aumentam sua capacidade de controlar seus movimentos.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É o ato de brincar com disposição e energia, sem seguir regras. Nelas as crianças estimulam seus sentidos, aprendem a usar os músculos, coordenam a visão com movimentos, adquirem domínio sobre seu corpo e novas habilidades (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referências empíricas: <i>Nos primeiros 6 meses:</i> Manipula					

com facilidade chocalhos, móveis pendurados sobre o berço, objetos leves de borracha para morder, saquinhos de pano com texturas diferentes, bolas de pano.					
<i>Entre 6 e 12 meses:</i> Manipula com facilidade argolas, objetos de borracha maciça, encaixes simples utilizando forminhas de empadinhas.					
<i>Entre 1 e 2 anos:</i> Manipula com facilidade caixas com orifícios de tamanhos e formas diferentes, livros de figura de pano, colar de contas coloridas, utensílios para mexer com água e terra.					
<i>Entre 2 e 3 anos:</i> Manipula com facilidade velocípedes, revistas velhas para picar, carrinhos, trenzinhos, panelinhas, argila, massa para modelagem, giz de cera. (BRETAS, 2006)					
Domínio Cognitivo					
Expressam capacidades iniciais de percepção e processamento	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Capacidades concentradas nos processos envolvidos na percepção, aprendizagem, memória e resolução de problemas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Referências empíricas: Habituação; Desabituação; Preferência visual; Transferência intermodal.					
Habituação/ Desabituação	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição Conceitual: <i>Habituação:</i> Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com um estímulo reduz, retarda ou elimina uma resposta.					
Definição Conceitual: <i>Desabituação:</i> Aumento na responsividade após o acréscimo de um novo estímulo (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica: Uma criança que está mamando normalmente para quando seu pai ou					

cuidador é apresentado pela primeira vez chamando-lhe a atenção, e só volta a mamar quando seu pai/cuidador desaparece. Em outro dia a mãe percebe que o pai/cuidador apresenta-se à criança durante a mamada e esta não reage. No entanto, durante a mamada, a criança reage quando ouve um som estranho na casa.					
Preferência visual	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Tendência da criança de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica: Sempre que a criança recebe um novo brinquedo, ela sorri, movimenta os membros, permanece com ele durante todo o dia, enquanto que despreza os brinquedos antigos.					
Transferência intermodal	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Capacidade da criança de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica: Ao ouvir seu pai ninar para dormir, a criança reage com olhar fixo para ele, permanecendo quieta, fecha os olhos e responde emitindo sons guturais.					
Aquisição da linguagem	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: É a aquisição de um sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática, a qual compreende a fala pré-linguística, em que a criança produz sons que não são palavras, incluindo choro, balbucio, arrolho e imitação acidental. E a fala linguística, a qual expressa a					

transmissão de um significado. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)					
Referência empírica: <i>1 a 2 meses:</i> Percebe a fala, o choro e dá alguma resposta ao som.					
<i>3 meses:</i> Sorri espontaneamente.					
<i>4 a 6 meses:</i> Brinca com os sons da fala.					
<i>5 a 6 meses:</i> Começa a armazenar padrões sonoros na memória e associa os sons ao significado.					
<i>6 a 10 meses:</i> Balbucia sequências de consoantes e vogais.					
<i>6 a 12 meses:</i> Reconhece sons básicos da própria linguagem.					
<i>9 a 10 meses:</i> Imita sons.					
<i>9 a 12 meses:</i> Começa a utilizar gestos sociais para se comunicar.					
<i>13 meses:</i> Diz a primeira palavra.					
<i>14 meses:</i> Utiliza gestos simbólicos.					
<i>16 a 24 meses:</i> Aprende 50 a 400 novas palavras. Utiliza verbos e adjetivos.					
<i>18 a 24 meses:</i> Diz sua primeira frase.					
<i>24 meses:</i> Utiliza locuções de duas palavras. Quer conversar.					
<i>30 a 36 meses:</i> Fala combinando três ou mais palavras. Compreende muito bem. Comete alguns erros gramaticais e de sintaxe. Fala cerca de 1.000 palavras. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)					
Demonstra padrões de comportamento sociais	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Processo de desenvolvimento de hábitos, habilidades, valores e motivos compartilhados por membros responsáveis e produtivos de uma sociedade (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referência empírica: Durante a interação com a criança, pais e/ou cuidadores respondem repetindo sons que ela produz, falam em tons alto e baixo, lentamente. A					

criança reage sorrindo para todos. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Adquire o autocontrole e a autonomia	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente
Definição conceitual: Controle do seu próprio comportamento para se conformar às demandas ou expectativas de um cuidador ou pai, mesmo quando ele não está presente. Esse comportamento impulsiona a criança a experimentar novas ideias, exercitar suas próprias preferências e tomar suas próprias decisões. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006)					
Referência empírica: <i>Obediência situacional:</i> A criança sempre precisa do estímulo para obedecer; sua obediência depende do controle contínuo dos pais. <i>Caso:</i> Quando a mãe arruma a casa, ela sempre chama a atenção de Maria, para não mexer nos móveis sobre a mesa.					
<i>Obediência comprometida:</i> A criança reage de boa vontade às ordens dos pais para organizar seus brinquedos e não tocar nos brinquedos proibidos, sem lembretes de alerta dos pais. Isso geralmente acontece a partir dos 13 meses de vida. <i>Caso:</i> Ao término do dia, Maria sempre organiza seus brinquedos quando recebe ordens de seus pais e/ou cuidadores. Às vezes, Maria sente vontade de manipular seu brinquedo mais novo, mas sempre lembra da conversa com seus pais e/ou cuidadores de que aquele brinquedo ainda não está adequado para sua idade. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Desenvolve aumento da consciência da dependência e independência	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo Pertinente

<p>Definição conceitual: Padrões internos de comportamento, que geralmente controlam a conduta e produzem desconforto emocional quando violados (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					
<p>Referência empírica: <i>Caso clínico:</i> Nos finais de semana, Maria costuma passear com seus pais e/ou cuidadores. Para isso, a criança de 2 anos de idade costuma pedir aos pais e/ou cuidadores para ela mesma se vestir e rejeita ajuda. Ela gosta muito do vestido com laços e diz que o mesmo não combina com o uso da fralda descartável. Seus pais e/ou cuidadores a ouvem, são flexíveis e sugerem o uso das fraldas com a justificativa de não sujar o vestido apreciado pela criança.</p>					
<p>Começa a desenvolver um autoconceito</p>	<p>Nada pertinente</p>	<p>Muito pouco pertinente</p>	<p>De algum modo pertinente</p>	<p>Consideravelmente pertinente</p>	<p>Muitíssimo pertinente</p>
<p>Definição conceitual: Senso de identidade; quadro mental de descrição e avaliação de capacidades e traços físicos da criança (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					
<p>Referência empírica: <i>-Autorreconhecimento físico e autoconsciência:</i> A criança colocada em frente ao espelho se reconhece, principalmente entre aquelas que se encontram na faixa de 18 a 24 meses.</p>					
<p><i>-Autodescrição e autoavaliação:</i> Quando indagada, a criança atribui termos a si mesma: “cabelo grande”, “pequeno”, “cabelo liso”, “bonito”. Isso costuma ocorrer entre 19 e 30 meses.</p>					
<p><i>-Resposta emocional às más ações:</i> Ao se vestir como um adulto, a criança se aborrece ao ser desaprovada pelos seus pais e/ou cuidadores (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					

Domínio Psicossocial					
Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Estado pelo qual a criança, seus pais e/ou cuidadores comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente. Refere-se também às interações mútuas com outros adultos os quais ajudam a estruturar as atividades da criança. Costuma ocorrer nas brincadeiras e atividades cotidianas comuns, nas quais a criança adquire informalmente as habilidades, o conhecimento e os valores importantes em sua cultura (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					
<p>Referência empírica: Durante a execução de tarefas cotidianas pelos pais/cuidadores, tais como costurar, cozinhar, limpar a casa, a criança observa e repete.</p>					
Estabelece confiança básica para seus futuros relacionamentos interpessoais	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição conceitual: Demonstra sentimento que permite formar relacionamentos íntimos. É a representação do contato sensível, responsivo e consistente com os pais e/ou cuidador (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).</p>					
<p>Referência empírica: “<i>virtude da esperança</i>”: Quando a criança está em contato sensível, responsivo e consistente com pais e/ou cuidadores, ela desenvolve a confiança (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). <i>Caso:</i> Maria está em aleitamento exclusivo e sua mãe já iniciou sua jornada de trabalho. Todos os dias, sua mãe se despede da criança e esta permanece tranquila, sem demonstrar inquietação, pois sabe que, no horário da sua alimentação, a</p>					

mãe dela estará presente para lhe fornecer o leite materno.					
Amplia seus relacionamentos sociais	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição conceitual: Demonstra interesse por pessoas desconhecidas ou com as quais tem pouco contato, particularmente crianças do seu próprio tamanho corporal (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					
Referências empíricas: <i>-Primeiros meses:</i> Olha, sorri, arrulha. Aprende imitando uma à outra.					
<i>-Em torno do primeiro ano:</i> Sorri, toca e balbucia cada vez mais para outras crianças.					
<i>-Com 1 ano de idade:</i> Tem interesse em aprender a andar e manipular objetos.					
<i>-Entre 1 e 3 anos:</i> Demonstra interesse pelo que outras crianças fazem e compreende cada vez mais como lidar com elas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).					

VALORES DE REFERÊNCIA: -2 ESCORE Z +2 (normal)						
I D A D E*	PESO (kg) (OMS, 2006)		COMPRIMENTO (cm) (OMS, 2006)		CIRCUNFERÊNCIA CEFÁLICA (cm) (OMS, 2007)	
1	3,2 a 5,5	3,4 a 5,8	50,8 a 58,6	49,8 a 57,6	34,2 a 38,9	34,9 a 39,6
2	3,9 a 6,6	4,3 a 7,1	54,4 a 62,4	53,0 a 61,1	35,8 a 40,7	36,8 a 41,5
3	4,5 a 7,5	5,0 a 8,0	57,3 a 65,5	55,6 a 64,0	37,1 a 42,0	38,1 a 42,9
4	5,0 a 8,2	5,6 a 8,7	59,7 a 68,0	57,8 a 66,4	38,1 a 43,1	39,2 a 44,0
5	5,4 a 8,8	6,0 a 9,3	61,7 a 70,1	59,6 a 68,5	38,9 a 44,0	40,1 a 45,0
6	5,7 a 9,3	6,4 a 9,8	63,3 a 71,9	61,2 a 70,3	39,6 a 44,8	40,9 a 45,8
7	6,0 a 9,8	6,7 a 10,3	64,8 a 73,5	62,7 a 71,9	40,2 a 45,5	41,5 a 46,4
8	6,3 a 10,2	6,9 a 10,7	66,2 a 75,0	64,0 a 73,5	40,7 a 46,0	42,0 a 47,0
9	6,5 a 10,5	7,1 a 11,0	67,5 a 76,5	65,3 a 75,0	41,2 a 46,5	42,5 a 47,5
10	6,7 a 10,9	7,4 a 11,4	68,7 a 77,9	66,5 a 76,4	41,5 a 46,9	42,9 a 47,9
11	6,9 a 11,2	7,6 a 11,7	69,9 a 79,2	67,7 a 77,8	41,9 a 47,3	43,2 a 48,3
12	7,0 a 11,5	7,7 a 12,0	71,0 a 80,5	68,9 a 79,2	42,2 a 47,6	43,5 a 48,6
13	7,2 a 11,8	7,9 a 12,3	72,1 a 81,8	70,0 a 80,5	42,4 a 47,9	43,8 a 48,9
14	7,4 a 12,1	8,1 a 12,6	73,1 a 83,0	71,0 a 81,7	42,7 a 48,2	44,0 a 49,2
15	7,6 a 12,4	8,3 a 12,8	74,1 a 84,2	72,0 a 83,0	42,9 a 48,4	44,2 a 49,4
16	7,7 a 12,6	8,4 a 13,1	75,0 a 85,4	73,0 a 84,2	43,1 a 48,6	44,4 a 49,6
17	7,9 a 12,9	8,6 a 13,4	76,0 a 86,5	74,0 a 85,4	43,3 a 48,8	44,6 a 49,8
18	8,1 a 13,2	8,8 a 13,7	76,9 a 87,7	74,9 a 86,5	43,5 a 49,0	44,7 a 50,0
19	8,2 a 13,5	8,9 a 13,9	77,7 a 88,8	75,8 a 87,6	43,6 a 49,2	44,9 a 50,2
20	8,4 a 13,7	9,1 a 14,2	78,6 a 89,8	76,7 a 88,7	43,8 a 49,4	45,0 a 50,4
21	8,6 a 14,0	9,2 a 14,5	79,4 a 90,9	77,5 a 89,8	44,0 a 49,5	45,2 a 50,5
22	8,7 a 14,3	9,4 a 14,7	80,2 a 91,9	78,4 a 90,8	44,1 a 49,7	45,3 a 50,7
23	8,9 a 14,6	9,5 a 15,0	81,0 a 92,9	79,2 a 91,9	44,3 a 49,8	45,4 a 50,8
24	9,0 a 14,8	9,7 a 15,3	81,7 a 93,9	80,0 a 92,9	44,4 a 50,0	45,5 a 51,0

VALORES DE REFERÊNCIA: -2 ESCORE Z +2 (OMS, 2007) (normal)						
I D A D E*	PREGA CUTÂNEA TRICIPITAL (mm)		PREGA CUTÂNEA SUBESCAPULAR (mm)		CIRCUNFERÊNCIA BRAQUIAL (cm)	
3	6,8 a 13,7	7,0 a 13,6	5,5 a 11,4	5,6 a 11,0	11,1 a 15,4	11,6 a 15,6
4	6,6 a 13,7	6,8 a 13,5	5,3 a 11,1	5,4 a 10,8	11,3 a 15,8	11,8 a 16,0
5	6,4 a 13,6	6,6 a 13,4	5,2 a 10,8	5,3 a 10,6	11,5 a 16,1	12,0 a 16,3
6	6,2 a 13,4	6,4 a 13,3	5,1 a 10,6	5,2 a 10,4	11,7 a 16,3	12,2 a 16,5
7	5,9 a 13,2	6,2 a 13,1	5,0 a 10,4	5,1 a 10,2	11,8 a 16,5	12,3 a 16,7
8	5,8 a 12,9	6,0 a 12,8	4,9 a 10,2	5,0 a 10,0	11,9 a 16,6	12,4 a 16,8
9	5,6 a 12,7	5,9 a 12,6	4,8 a 10,1	4,9 a 9,8	11,9 a 16,7	12,4 a 16,9
10	5,5 a 12,5	5,7 a 12,4	4,7 a 10,0	4,8 a 9,7	12,0 a 16,7	12,5 a 17,0
11	5,4 a 12,3	5,6 a 12,2	4,7 a 9,9	4,7 a 9,6	12,0 a 16,8	12,5 a 17,0
12	5,4 a 12,2	5,5 a 12,1	4,6 a 9,8	4,7 a 9,5	12,1 a 16,8	12,5 a 17,1
13	5,3 a 12,1	5,5 a 11,9	4,6 a 9,7	4,6 a 9,4	12,1 a 16,8	12,6 a 17,1
14	5,3 a 12,0	5,4 a 11,8	4,6 a 9,6	4,6 a 9,3	12,1 a 16,9	12,6 a 17,1
15	5,3 a 11,9	5,3 a 11,7	4,5 a 9,6	4,5 a 9,2	12,2 a 16,9	12,6 a 17,1
16	5,2 a 11,8	5,3 a 11,7	4,5 a 9,5	4,5 a 9,2	12,2 a 17,0	12,7 a 17,2
17	5,2 a 11,8	5,3 a 11,6	4,5 a 9,5	4,4 a 9,1	12,3 a 17,1	12,7 a 17,3
18	5,2 a 11,8	5,2 a 11,6	4,5 a 9,5	4,4 a 9,1	12,4 a 17,1	12,7 a 17,3
19	5,2 a 11,8	5,2 a 11,6	4,4 a 9,5	4,4 a 9,1	12,4 a 17,2	12,8 a 17,4
20	5,2 a 11,8	5,2 a 11,6	4,4 a 9,5	4,4 a 9,0	12,5 a 17,3	12,8 a 17,4
21	5,2 a 11,8	5,2 a 11,6	4,4 a 9,5	4,3 a 9,0	12,6 a 17,4	12,8 a 17,5
22	5,2 a 11,9	5,2 a 11,6	4,4 a 9,5	4,3 a 9,0	12,6 a 17,4	12,9 a 17,6
23	5,2 a 12,0	5,2 a 11,7	4,4 a 9,5	4,3 a 9,0	12,6 a 17,5	12,9 a 17,6
24	5,3 a 12,0	5,2 a 11,7	4,4 a 9,5	4,3 a 8,9	12,7 a 17,5	13,0 a 17,7

APÊNDICE F – Instrumento para Validação Clínica

Nº do lactente: _____

1) Dados sociodemográficos

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Naturalidade: () Fortaleza; () Outras cidades do Estado; () Outros Estados

Responsável pelos cuidados do lactente: _____

Estado civil do responsável: () vive com companheiro; () vive sem companheiro

Escolaridade do responsável: _____ anos

Ocupação do responsável: () funcionário público () funcionário privado () autônomo;

() do lar () estudante () aposentado () desempregado

Renda familiar: _____ reais

2) Dados gestacionais/obstétricos:

Consultas de pré-natal: () não () sim/ Nº de consultas _____ G ___ P ___ A ___

Tipo de parto: () normal () cesáreo () fórceps. Idade materna: _____

Intercorrências gestacionais: () não () sim
Quais? _____

Idade gestacional: _____ () RN pré-termo () RN a termo () RN pós-termo

Peso/nascer: _____ Comprimento/nascer: _____ Apgar 1º/5ºmin _____

3) Perfil Alimentar do lactente:

() Leite Materno (LM) exclusivo. Período de amamentação: _____

Intercorrências: () não () sim. Quais? _____

Se houve desmame, qual o motivo? _____

() LM + suplementos: _____

() LM + leite artificial. Qual? _____

() Leite artificial exclusivo. Qual? _____

Nº de refeições diárias: _____. Especificar: _____

Período de introdução dos alimentares complementares: _____

Alergias alimentares: () não () sim. Quais? _____

4) Avaliação das Características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem proposto:

Domínio Físico

1) **Apresenta crescimento satisfatório, com índices antropométricos (peso; comprimento; circunferência cefálica e braquial; pregas cutâneas tricitoral e subescapular) esperados para o sexo e idade do lactente:**

Peso: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

Comprimento: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

Circunferência cefálica: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

Circunferência braquial: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

Prega tríceps: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

Prega subescapular: 1ª verif.____; 2ªverif.____; 3ª verif.____ Média:_____

CD1: () presente () ausente

2) **Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário:**

Referências empíricas:	
()	<i>1mês:</i> (HMG) Levanta ligeiramente a cabeça.
()	<i>1mês:</i> (HMF) Segura objeto colocado na mão.
()	<i>2 a 3 meses:</i> (HMG) Levanta a cabeça até uma altura de 90° quando deitada de na posição ventral.
()	<i>2 a 3 meses</i> (HMF) Começa a bater nos objetos à vista.
()	<i>4 a 6 meses:</i> (HMG) Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta quando está sentada.
()	<i>4 a 6 meses</i> (HMF) Alcança e pega nos objetos.
()	<i>7 a 9 meses:</i> (HMG) Senta-se sem apoio; engatinha.
()	<i>7 a 9 meses</i> (HMF) Transfere objetos de uma mão para outra.
()	<i>10 a 12 meses:</i> (HMG) Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.
()	<i>10 a 12 meses</i> (HMF) Mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar a comida à boca.
()	<i>13 a 18 meses:</i> (HMG) Caminha para trás e de lado; rola bola de volta para adulto; bate palmas.
()	<i>13 a 18 meses</i> (HMF) Empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja.
()	<i>19 a 24 meses:</i> (HMG) Sobe e desce escadas; dois pés por degraus; salta do chão com os dois pés.
()	<i>19 a 24 meses</i> (HMF): Utiliza a colher para se alimentar, empilha quatro a 10 blocos.

CD2: () presente () ausente

Domínio Cognitivo

1) Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento

Habituação/Desabituação		Preferência visual		Transferência intermodal	
()	<i>Até 6 meses:</i> Um lactente que está mamando normalmente para quando seu pai ou cuidador é apresentado pela primeira vez chamando-lhe a atenção, e só volta a mamar quando seu pai/cuidador desaparece. Em outro dia a mãe percebe que o pai/cuidador apresenta-se ao lactente durante a mamada e este não reage. No entanto, durante a mamada, o lactente reage quando ouve um som estranho na casa.	()	<i>Até 6 meses:</i> Pela manhã, após o banho, o lactente é colocado próximo ao móbile colorido e iluminado em movimento, ele fixa seu olhar no objeto. No final do dia, ao repetir esta ação, o lactente observa com menor intensidade o objeto enquanto fixa seu olhar em seus cuidadores.	()	<i>Até 6 meses:</i> Ao ouvir sua mãe/pai/cuidador ninar para dormir, a criança reage com olhar fixo para ele, permanecendo quieta, fecha os olhos e responde emitindo sons.
()	<i>Entre 6 e 12 meses:</i> É apresentada ao lactente uma imagem não familiar várias vezes. O lactente demonstra interesse, e logo a despreza. Em seguida, é apresentada outra imagem ligeiramente diferente da anterior e ele demonstra interesse.	()	<i>Entre 6 e 12 meses:</i> Ao receber um brinquedo, o lactente olha para ele, sorri, movimenta os membros e permanece com ele durante todo o dia, enquanto que despreza os brinquedos antigos.	()	<i>Entre 7 e 10 meses:</i> Quando o lactente recebe um brinquedo, ele o manuseia e o leva à boca.
()	<i>Entre 12 e 24 meses:</i> Durante suas brincadeiras, o lactente manuseia um brinquedo e permanece com ele por algum tempo, explorando seus detalhes e depois joga-o. Posteriormente, outro brinquedo prende a atenção dele.	()	<i>Entre 12 e 24 meses:</i> Quando é apresentada uma figura geométrica redonda, o lactente a observa intensamente.	()	<i>Entre 11 e 18 meses:</i> Enquanto escuta sons musicais, o lactente movimenta braços, pernas e tronco, simulando uma dança.

			Em seguida, é apresentada a mesma figura com tamanho maior e o lactente é capaz de distinguir as figuras, demonstrando interesse.	()	
					Entre 18 e 24 meses: Ao perceber o brinquedo pular e bater palmas, o lactente repete os movimentos, sorrindo.

CD1: () presente () ausente

2) Expressa linguagem conforme o padrão etário

Referência empírica:	
()	1 a 2 meses: Percebe a fala, o choro, e dá alguma resposta ao som.
()	3 meses: Sorri espontaneamente.
()	4 a 6 meses: Brinca com os sons da fala.
()	5 a 6 meses: Começa a armazenar padrões sonoros na memória e associa os sons ao significado.
()	6 a 10 meses: Balbucia sequências de consoantes e vogais.
()	6 a 12 meses: Reconhece sons básicos da própria linguagem.
()	9 a 10 meses: Imita sons.
()	9 a 12 meses: Começa a utilizar gestos sociais para se comunicar.
()	13 meses: Diz a primeira palavra.
()	14 meses: Utiliza gestos simbólicos.
()	16 a 24 meses: Aprende 50 a 400 novas palavras. Utiliza verbos e adjetivos.
()	18 a 24 meses: Diz sua primeira frase.
()	24 meses: Utiliza locuções de duas palavras. Quer conversar.

CD2: () presente () ausente

Domínio Psicossocial

1) Estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores conforme o padrão etário:

Referencia empírica	
()	<i>Até os 6 meses:</i> O lactente arrulha e a mãe sorri, então o lactente arrulha de novo para fazer a mãe sorrir novamente.
()	<i>Entre 6 e 18 meses:</i> Pai/mãe/cuidadores interagem com o lactente sorrindo e batendo palmas, o lactente os observa e os repete.
()	<i>Entre 18 e 24 meses:</i> Na refeição principal, o lactente dá algum alimento aos pais/cuidadores e estes o recebem com entusiasmo (simulando a troca de papéis).

CD1: () presente () ausente

2) Demonstra padrões de comportamento sociais conforme o padrão etário

Referência empírica:	
()	<i>Do nascimento aos 3 meses:</i> Durante a interação com o lactente, pais e/ou cuidadores respondem repetindo sons que ele produz, falam em tons alto e baixo, lentamente. O lactente reage sorrindo para todos.
()	<i>Dos 3 aos 6 meses:</i> Quando está no colo ou nos braços de seus pais ou cuidadores, o lactente reluta em aceitar com facilidade os braços ou colo de outras pessoas.
()	<i>Dos 6 aos 24 meses:</i> O lactente agarra-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio.

CD2: () presente () ausente

APÊNDICE G

CASOS CLÍNICOS

1º) Lactente 1, sexo masculino, 8 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 3 a 4 SM. Lactente 1 se alimenta com leite materno e complementos: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em seis refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, engatinha e transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive balbúcia consoantes, como em “papa”, e brinca com sons da fala durante a hora de dormir. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando agarra-se aos braços dos pais quando percebe que irão realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 10.250 g; Comp: 73 cm; CC: 47 cm; CB: 15,9 cm; Prega Tri: 6 mm; Prega Sub: 6,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

2º) Lactente 2, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar < 1 SM. Lactente 2 se alimenta com leite materno exclusivamente, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, levanta ligeiramente a cabeça até uma altura de 90° quando deitado na posição ventral, e segura objetos colocados na sua mão. No entanto, ainda não consegue bater nos objetos que estão próximos do seu campo visual. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, ao ser colocado próximo a um móvel colorido e musical, o brinquedo não lhe chamou a atenção e, portanto, não fixou seu olhar. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive percebe a fala e dá alguma resposta ao som. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Medidas antropométricas: P: 4,180 g; Comp: 54 cm; CC: 39,5 cm; CB: 12,9 cm; Prega Tri: 6,6 mm; Prega Sub: 8 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

3º) Lactente 3, sexo masculino, 9 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 2 se alimenta com leite artificial desde o nascimento e, atualmente, sua alimentação é complementada com sucos, papas e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, engatinha e transfere objetos de uma mão para

outra. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, inclusive desde que ganhou um “pandeiro”, permanece com ele durante todo o dia e despreza os demais brinquedos. Expressa linguagem conforme o padrão etário e já balbucia algumas consoantes, tais como em “bubu” e “mama”, quando deseja água e sua mãe, respectivamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos pais ou cuidadores. Medidas antropométricas: P: 8250 g; Comp: 71 cm; CC: 46,8 cm; CB: 13,6 cm; Prega Tri: 6,0 mm; Prega Sub: 4,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

4º) Lactente **4**, sexo masculino, 5 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 4 se alimenta com leite materno e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta com apoio, arrasta-se, mantém a cabeça ereta quando está deitado e alcança e pega objetos. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, ao ser colocado próximo a um móvel colorido e musical, o brinquedo não lhe chamou a atenção e, portanto, não fixou seu olhar. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive nina para dormir, fazendo “ô ô á á”, e sorri quando percebe a fala de algum conhecido. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas e sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, quando seus pais ou cuidadores repetem som que ele produz. Medidas antropométricas: P: 7 200 g; Comp: 67 cm; CC: 43,6 cm; CB: 14 cm; Prega Tri: 6,0 mm; Prega Sub: 7,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

5º) Lactente **5**, sexo masculino, 9 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 5 em alimentação complementar: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em seis refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, engatinha e transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive balbucia sequências de consoantes, como “aba”, quando deseja beber água. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 10.300 g; Comp: 73 cm; CC: 46,3 cm; CB: 16,8 cm; Prega Tri: 8,6 mm; Prega Sub: 8,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

6º) Lactente **6**, sexo masculino, 3 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar < 1 SM. Lactente 6 se alimenta com leite materno exclusivamente. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, levanta ligeiramente a cabeça até uma altura de 90° quando deitado na posição ventral, e segura objetos colocados na sua mão e já consegue bater nos objetos que estão próximos ao seu campo visual. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive percebe a fala e dá alguma resposta ao som e sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Medidas antropométricas: P: 6.400 g; Comp: 61 cm; CC: 40,3 cm; CB: 13,9 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 6,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

7º) Lactente **7**, sexo feminino, 3 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 7 se alimenta com leite materno e mingau. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça à altura de 90° quando deitada na posição ventral e já começa bater nos objetos à vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém não foi possível avaliar a resposta da criança quando sua mãe canta para ela dormir, pois isso não fazia parte da rotina do lactente (transferência intermodal). Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 7.100 g; Comp: 59 cm; CC: 41 cm; CB: 15,2 cm; Prega Tri: 10 mm; Prega Sub: 9 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

8º) Lactente **8**, sexo feminino, 7 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 8 se alimenta com leite materno e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, inclusive senta-se sem apoio, transfere objetos de uma mão para outra, mas ainda não engatinha. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive reconhece sons básicos da própria linguagem. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Mas ainda não interage com seus pais quando estes

sorriem e batem palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Agarra-se aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Mas não aceita com facilidade os braços ou colo de desconhecidos. Medidas antropométricas: P: 8.870 g; Comp: 68 cm; CC: 44,7 cm; CB: 16,5 cm; Prega Tri: 8,1 mm; Prega Sub: 8 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

9º) Lactente **9**, sexo masculino, 7 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar **entre** 1 e 1/2 SM. Lactente 9 se alimenta com leite materno e complementos, sucos e papas salgadas. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, transfere objetos de uma mão para outra, mas ainda não engatinha. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário e já balbucia algumas consoantes, e reconhece sons básicos da própria linguagem quando alguém chama pelo seu nome. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos pais ou cuidadores quando estes demonstram realizar passeio. Medidas antropométricas: P: 10 430 g; Comp: 71 cm; CC: 45,0 cm; CB: 16,0 cm; Prega Tri: 14 mm; Prega Sub: 15 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

10º) Lactente **10**, sexo feminino, 7 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 10 se alimenta com leite materno, sopinha, sucos e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, arrasta-se, transfere objetos de uma mão para outra, mas ainda não engatinha. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, reconhecendo sons básicos da própria linguagem, mas ainda não balbucia sequências de consoantes. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, quando seus pais ou cuidadores repetem som que ele produz. O lactente agarra-se aos seus pais e/ou cuidadores quando estes demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 9700 g; Comp: 68 cm; CC: 42,3 cm; CB: 17,1 cm; Prega Tri: 11 mm; Prega Sub: 10 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

11º) Lactente **11**, sexo masculino, 1 ano e 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente

11 em alimentação complementar: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em seis refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: caminha para trás e de lado; rola bola de volta para um adulto, bate palmas; coloca objetos em recipientes menores e os despeja, mas ainda não empilha dois blocos. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, ao avaliar sua preferência visual quando é apresentada uma figura geométrica em tamanho e momentos diferentes, o lactente não demonstrou interesse. Expressa linguagem conforme o padrão etário, mas ainda não diz a primeira palavra, apenas balbucia consoantes e vogais. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 10.670 g; Comp: 79 cm; CC: 47 cm; CB: 15,9 cm; Prega Tri: 7,0 mm; Prega Sub: 6,1 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

12º) Lactente **12**, sexo feminino, 1 ano e 6 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 12 se alimenta com leite materno e alimentação complementar. Alimentou-se de leite materno exclusivo apenas no primeiro mês de vida. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: empilha dois blocos; coloca objetos em recipientes menores e os despeja. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, ao avaliar sua preferência visual quando é apresentada uma figura geométrica em tamanho e momentos diferentes, o lactente não demonstrou interesse. Expressa linguagem conforme o padrão etário, mas ainda não utiliza verbos e adjetivos e não diz sua primeira frase. Tem boa relação com seus pais, principalmente quando, no momento das refeições principais, o lactente dá alimento aos pais ou cuidadores, simulando a troca de papéis. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais demonstram realizar um passeio e o lactente demonstra querer ir junto. Medidas antropométricas: P: 14.970 g; Comp: 84 cm; CC: 47,0 cm; CB: 22,1 cm; Prega Tri: 17,6 mm; Prega Sub: 14,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

13º) Lactente **13**, sexo feminino, 5 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 13 se alimenta com leite materno e complementos: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em cinco refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: vira o corpo, desloca-se sobre as mãos e joelhos, mais ainda não fica sentada. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive brinca com sons da fala. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente.

Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 8.000 g; Comp: 67 cm; CC: 43 cm; CB: 14,5 cm; Prega Tri: 9,6 mm; Prega Sub: 8 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

14º) Lactente **14**, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 14 se alimenta com leite materno exclusivo, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça à altura de 90º quando deitada na posição ventral e já começa bater nos objetos à vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 6.320 g; Comp: 61 cm; CC: 38,5 cm; CB: 14,8 cm; Prega Tri: 8,6 mm; Prega Sub: 8,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

15º) Lactente **15**, sexo masculino, 10 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 15 se alimenta com leite materno e mingau. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, inclusive põe-se de pé e anda segurando nos móveis, agacha-se, inclina-se, mostra sinais de preferência no uso das mãos, segura a colher com a palma da mão, mas não tem boa mira para levar comida à boca. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Interage repetindo seus pais quando estes sorriem e batem palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Agarra-se aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Reluta em aceitar os braços ou colo de desconhecidos. Medidas antropométricas: P: 10,200 g; Comp: 76 cm; CC: 44,5 cm; CB: 16,0 cm; Prega Tri: 8,6 mm; Prega Sub: 7,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

16º) Lactente **16**, sexo masculino, 8 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua avó para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, sob os cuidados da avó, com renda familiar

não definida. Lactente 16 se alimenta com mingau e alimentos complementares. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, inclusive senta-se sem apoio, engatinha e transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive reconhece sons básicos da própria linguagem. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Interage repetindo seus pais quando estes sorriem e batem palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Agarra-se aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Reluta em aceitar os braços ou colo de desconhecidos. Medidas antropométricas: P: 11.000 g; Comp: 69 cm; CC: 48 cm; CB: 16,3 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 12,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

17º) Lactente **17**, sexo feminino, 5 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 17 se alimenta com leite materno e mingau de leite Ninho e Mucilon. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: vira o corpo; fica sentada com apoio, mantém a cabeça ereta quando sentada, desloca-se sobre as mãos e joelhos; alcança e pega nos objetos. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive já armazena sons na memória e associa-os ao seu significado, como exemplo nome do pai, au au, etc. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Reluta em aceitar com facilidade os braços ou colo de outras pessoas. Medidas antropométricas: P: 6.630 g; Comp: 61 cm; CC: 41 cm; CB: 13,5 cm; Prega Tri: 6,8 mm; Prega Sub: 6,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

18º) Lactente **18**, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 18 se alimenta com leite materno exclusivo, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas restritamente, conforme o padrão etário, pois ainda não levanta a cabeça à altura de 90º quando deitada na posição ventral, e não iniciou o momento de bater nos objetos à sua vista. O lactente apenas segura objetos leves quando colocados na sua mão. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, porém ainda não sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho

e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 6.520 g; Comp: 57 cm; CC: 40,5 cm; CB: 13,0 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 9,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

19º) Lactente **19**, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 19 se alimenta com leite materno exclusivo, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas, conforme o padrão etário, pois levanta a cabeça à altura de 90º quando deitada na posição ventral, e já iniciou o momento de bater nos objetos à sua vista. O lactente segura objetos leves quando colocados na sua mão. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário e já sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 5.300 g; Comp: 58 cm; CC: 40,4 cm; CB: 12,4 cm; Prega Tri: 7,5 mm; Prega Sub: 8,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

20º) Lactente **20**, sexo feminino, 4 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 20 se alimenta com leite materno e complementos: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em seis refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça à altura de 90º quando deitada na posição ventral, e já começa bater nos objetos à vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém não foi possível avaliar a resposta da criança quando sua mãe canta para ela dormir, pois isso não fazia parte da rotina do lactente (transferência intermodal). Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente e brinca com sons da fala. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 6.400 g; Comp: 61cm; CC: 42 cm; CB: 14,2 cm; Prega Tri: 10,6 mm; Prega Sub: 6,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

21º) Lactente **21**, sexo feminino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 21 se

alimenta com leite materno e mingau, de 3 em 3 horas. Desempenha parcialmente habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, pois ainda não levanta ligeiramente a cabeça nem mesmo numa altura de 90° quando deitada na posição ventral. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente, mesmo com 2 meses. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 5.900 g; Comp: 55,8 cm; CC: 38 cm; CB: 13,1 cm; Prega Tri: 7,3 mm; Prega Sub: 7 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

22º) Lactente **22**, sexo feminino, 1 mês e 11 dias ; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 22 se alimenta com leite materno exclusivamente, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 4,475 g; Comp: 51 cm; CC: 37,6 cm; CB: 12,5 cm; Prega Tri: 8,3 mm; Prega Sub: 7,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

23º) Lactente **23**, sexo feminino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar < 1 SM. Lactente 23 se alimenta com leite materno exclusivo. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário. No entanto, na avaliação psicossocial, não foi observada resposta do lactente, principalmente quando se investigava sua relação com pais ou cuidadores, bem como seu comportamento social. Medidas antropométricas: P: 5,300 g; Comp: 55 cm; CC: 38,5 cm; CB: 13,0 cm; Prega Tri: 12 mm; Prega Sub: 10 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

24º) Lactente **24**, sexo feminino, 1 ano; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 24 se alimenta com leite materno, sopinha, sucos e mingau, em sete refeições diárias. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: põe-se de pé, anda apoiando-se nos móveis, caminha sozinha, brinca de palmas e mostra sinais de preferência no uso das

mãos. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, imita sons e começa a utilizar gestos sociais para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, quando seus pais ou cuidadores repetem som que ele produz. O lactente agarra-se aos seus pais e/ou cuidadores quando estes demonstram realizar um passeio e quando está nos braços dos seus pais ou cuidadores reluta em aceitar com facilidade os braços ou colo de outras pessoas. Medidas antropométricas: P: 9.920 g; Comp: 75 cm; CC: 48,5 cm; CB: 15,0 cm; Prega Tri: 7,6 mm; Prega Sub: 6,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

25º) Lactente **25**, sexo feminino, 8 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 25 em alimentação complementar: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em sete refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, engatinha, transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive reconhece sons básicos da própria linguagem. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio. Quando está nos braços dos pais, reluta em aceitar com facilidade os braços de outras pessoas. Medidas antropométricas: P: 9.400 g; Comp: 70 cm; CC: 47 cm; CB: 16,0 cm; Prega Tri: 9,0 mm; Prega Sub: 10,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

26º) Lactente **26**, sexo feminino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 26 se alimenta com leite materno exclusivo. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta ligeiramente a cabeça e segura objetos colocados na sua mão. Na avaliação cognitiva, ao se avaliar suas capacidades iniciais de percepção e processamento, o lactente não emitiu preferência visual, segundo relatos da sua mãe. Expressa linguagem conforme o padrão etário, percebe a fala, o choro, e dá alguma resposta ao som. Na avaliação psicossocial, não foi possível observar relação mútua do lactente com sua mãe. Por outro lado, demonstra padrão de comportamento social, quando o lactente arrulha para fazer sua mãe sorrir. Medidas antropométricas: P: 5.885 g; Comp: 57 cm; CC: 38,0 cm; CB: 14,3 cm; Prega Tri: 5,0 mm; Prega Sub: 9,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

27º) Lactente **27** sexo feminino, 4 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 27 se alimenta com leite materno exclusivo. Desempenha habilidades motoras grossas e finas

conforme o padrão etário: vira o corpo, desloca-se sobre as mãos e joelhos, fica sentada sem apoio, mas ainda não alcança e pega nos objetos quando se arrasta. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive brinca com sons da fala. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Quando está nos braços de seus pais ou cuidadores reluta em aceitar com facilidade os braços de outras pessoas. Medidas antropométricas: P: 6.200 g; Comp: 63 cm; CC: 42 cm; CB: 15,2 cm; Prega Tri: 8,3 mm; Prega Sub: 8 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

28º) Lactente **28**, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, não se soube informar o valor da renda familiar. Lactente 28 se alimenta com leite materno e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça à altura de 90° quando deitada na posição ventral, e já começa bater nos objetos à vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 6.100 g; Comp: 61 cm; CC: 42,5; CB: 13,2 cm; Prega Tri: 6,0 mm; Prega Sub: 8,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

29º) Lactente **29**, sexo masculino, 8 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 29 se alimenta com leite materno e complementos como mingau, sopinha, sucos. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, inclusive engatinha e transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive imita sons. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Interage repetindo seus pais quando estes sorriem e batem palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Agarra-se aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Reluta em aceitar com facilidade os braços ou colo de desconhecidos, quando está nos braços de seus pais. Medidas antropométricas: P: 12,270 g; Comp: 71 cm; CC: 46,0 cm; CB: 17,4 cm; Prega Tri: 15,0 mm; Prega Sub: 13,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

30º) Lactente **30**, sexo masculino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside

em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar não definida. Lactente 30 se alimenta com leite materno e mingau. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém não foi possível avaliar sua capacidade de habituação/desabituação. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Medidas antropométricas: P: 6.600 g; Comp: 61 cm; CC: 41 cm; CB: 13,1 cm; Prega Tri: 8,3 mm; Prega Sub: 7,3mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

31º) Lactente 31 sexo feminino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 31 se alimenta com leite materno exclusivo. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça até uma altura de 90° quando deitada na posição ventral, mas ainda não começou a bater nos objetos à sua vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive já sorri espontaneamente. Estabelece relação mútua com pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Por outro lado, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 6.600 g; Comp: 58 cm; CC: 40,5 cm; CB: 14,6 cm; Prega Tri: 7,0 mm; Prega Sub: 9,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

32º) Lactente **32**, sexo masculino, 1 mês; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 32 se alimenta com leite materno e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta ligeiramente a cabeça e segura objetos colocados na sua mão. Não expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, tendo em vista que não foi observada resposta de habituação/desabituação; preferência visual e transferência intermodal. Expressa linguagem conforme o padrão etário, percebe a fala, o choro, e dá alguma resposta. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Por outro lado, não foi possível identificar no lactente padrões de comportamento sociais. Medidas antropométricas: P: 3,400 g; Comp: 51 cm; CC: 35,8 cm; CB: 11,5 cm; Prega Tri: 5,0 mm; Prega Sub: 4,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

33º) Lactente **33**, sexo feminino, 1 mês; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 33 se alimenta com leite materno exclusivo, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas, conforme o padrão etário: levanta ligeiramente a cabeça e segura objetos colocados a sua mão. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive já sorri espontaneamente. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 4.960 g; Comp: 55 cm; CC: 40,0 cm; CB: 12,0 cm; Prega Tri: 9,6 mm; Prega Sub: 7,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

34º) Lactente **34**, sexo masculino, 1 ano e 5 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com seus pais para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 34 se alimenta com leite materno e complementos, tais como: frutas, comidinha, sucos. Desempenha habilidades motoras grossas e finas, conforme o padrão etário, porém ainda não empilha dois blocos. Seu pai relata que o lactente nunca foi estimulado com esta atividade (empilhar blocos) em casa. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, quando foram apresentadas em dois momentos as figuras geométricas com tamanhos diferentes, o lactente não conseguiu distinguir e não demonstrou interesse. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive suas primeiras palavras foram “papai” e “mamãe”. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. No entanto, o pai relatou que o lactente dificilmente bate palmas, apenas sorri no momento da interação pais-lactente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais desejam realizar um passeio o lactente demonstra o desejo de ir junto. Medidas antropométricas: P: 11.195 g; Comp: 79 cm; CC: 49,8 cm; CB: 15,4 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 6,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

35º) Lactente **35**, sexo masculino, 3 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 35 se alimenta com leite materno exclusivo, em livre demanda. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça à altura de 90º quando deitada na posição ventral, mas ainda não começou a bater nos objetos à sua vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive já sorri espontaneamente. Na consulta, observou-se que a mãe não tem muita interação com o lactente, portanto, na avaliação psicossocial, não ficou

bem estabelecida a relação mútua entre mãe e lactente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 7.115 g; Comp: 63 cm; CC: 43 cm; CB: 13,6 cm; Prega Tri: 7,3 mm; Prega Sub: 8,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

36º) Lactente **36**, sexo masculino, 11 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 36 se alimenta com leite materno, mingau e complementos, tais como sucos, sopa, frutas em seis refeições diárias. Apresenta alergia a alimentos enlatados. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, mas ainda não caminha sozinho e nem segura a colher com uma das mãos. A mãe relatou que nunca estimulou essa ação. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento, porém não demonstrou preferência visual pelo brinquedo apresentado (especificamente quando o lactente deve expressar preferência por um brinquedo novo em detrimento dos demais que possui); a mãe relatou que essa ação realmente só acontece quando o brinquedo tem características bem evidentes para prender atenção dele. Expressa linguagem conforme o padrão etário, porém ainda não imita sons, mas utiliza gestos para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente quando interage repetindo a ação deles, sorrindo e batendo palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando se agarra aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 9.430 g; Comp: 79 cm; CC: 47,5 cm; CB: 14,5 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 6,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

37º) Lactente **37**, sexo masculino, 1 mês e 12 dias ; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 37 se alimenta com leite artificial a cada 3 horas. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém não expressou habituação/desabituação. Expressa linguagem conforme o padrão etário: percebe o choro, a fala, e dá alguma resposta ao som. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais repetem seus sons e o lactente sorri para eles. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 4,100 g; Comp: 57 cm; CC: 38,1 cm; CB: 13,0 cm; Prega Tri: 10,0 mm; Prega Sub: 8,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

38º) Lactente **38**, sexo feminino, 1 ano e 7 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 38 se alimenta com mingau, sucos, frutas. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, na avaliação da preferência visual (quando é apresentada em dois momentos uma figura geométrica com tamanhos diferentes), o lactente não demonstrou interesse pela figura. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive já diz sua primeira frase. Estabelece relação mútua com seus pais, principalmente quando interage com eles, oferecendo algum alimento a eles, que recebem com entusiasmo, simulando a troca de papéis. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando se agarra aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 14.535 g; Comp: 83 cm; CC: 47,5 cm; CB: 18,0 cm; Prega Tri: 10,6 mm; Prega Sub: 12 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

39º) Lactente **39**, sexo masculino, 11 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 39 se alimenta com leite materno, sopinha, sucos e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: põe-se de pé, anda apoiando-se nos móveis, caminha sozinha, brinca de palmas e mostra sinais de preferência no uso das mãos. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, na avaliação de habituação/desabituação e da preferência visual, o único brinquedo que realmente prende sua atenção é a bola. Portanto, quando foram apresentados outros brinquedos, o lactente não demonstrou interesse. Expressa linguagem conforme o padrão etário: imita sons e começa a utilizar gestos sociais para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, quando seus pais ou cuidadores repetem som que ele produz. O lactente agarra-se aos seus pais e/ou cuidadores quando estes demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 11.145 g; Comp: 72 cm; CC: 47,6 cm; CB: 16,0 cm; Prega Tri: 8,0 mm; Prega Sub: 7,6 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

40º) Lactente **40**, sexo feminino, 9 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 40 em alimentação complementar e leite materno: papa salgada, papa doce, sucos e mingau, em sete refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: senta sem apoio, engatinha, transfere objetos de uma mão para outra. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive balbucia sequências de consoantes e vogais. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente vê seus pais batendo palmas, sorrindo, e os repete. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja

realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 9.600 g; Comp: 66 cm; CC: 45,1 cm; CB: 16,1 cm; Prega Tri: 7,6 mm; Prega Sub: 10,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

41º) Lactente **41**, sexo feminino, 1 ano e 5 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 41 se alimenta com mingau, sopinha, suco. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário, mas ainda não desce escadas, não utiliza colher para se alimentar e não empilha blocos. Segundo sua mãe, o lactente nunca foi estimulado a usar a colher e não tem brinquedos de empilhar. Expressa suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, na avaliação da preferência visual, utilizando uma figura geométrica com tamanhos diferentes em momentos diferentes, o lactente não demonstrou interesse. Expressa linguagem conforme padrão etário, mas seu vocabulário ainda é restrito. Estabelece relação mútua com seus pais, porém ainda não simula a troca de papéis, durante as refeições. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 13,065 g; Comp: 76 cm; CC: 47,0 cm; CB: 19,0 cm; Prega Tri: 10,0 mm; Prega Sub: 10,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

42º) Lactente **42**, sexo feminino, 2 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 2 SM. Lactente 42 se alimenta com leite materno e mingau. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário: levanta a cabeça até uma altura de 90º quando deitada na posição deitada, mas ainda não começou a bater nos objetos à vista. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais imitam sons produzidos pelo filho e este reage sorrindo para todos. Medidas antropométricas: P: 5.500 g; Comp: 58 cm; CC: 38,5 cm; CB: 13,0 cm; Prega Tri: 7,6 mm; Prega Sub: 7,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

43º) Lactente **43**, sexo masculino, 1 ano e 9 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com seu pai para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 3 SM. Lactente 43 alimenta-se de mingau, sucos, frutas, sopinha. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive utiliza gestos simbólicos para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante

momentos de interação em que o lactente oferece alimento aos seus pais, simulando a troca de papéis. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, agarrando-se aos seus pais ou cuidadores quando deseja realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 13.400 g; Comp: 86 cm; CC: 47,0; CB: 17,5 cm; Prega Tri: 9,6 mm; Prega Sub: 9,0 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

44º) Lactente **44**, sexo masculino, 1 ano e 4 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua mãe para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar de 1 SM. Lactente 44 se alimenta com mingau, sopinha, sucos, frutas e vitaminas em seis refeições diárias. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento, porém, na avaliação da preferência visual (quando é apresentada em dois momentos uma figura geométrica com tamanhos diferentes), o lactente não demonstrou interesse pela figura. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive utiliza gestos simbólicos para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação em que o lactente arrulha e a mãe sorri, então ele repete essa ação para fazer a mãe sorrir novamente. Interage repetindo seus pais quando estes sorriem e batem palmas. Além disso, demonstra padrão de comportamento social. Agarra-se aos seus pais quando estes demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 10.400 g; Comp: 78 cm; CC: 48,5 cm; CB: 14,1 cm; Prega Tri: 7,3 mm; Prega Sub: 8,3 mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

45º) Lactente **45**, sexo masculino, 1 ano e 7 meses; chegou à Unidade de Saúde da Família com sua tia para consulta de puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Reside em Fortaleza com seus pais em moradia própria, com renda familiar não definida. Lactente 45 se alimenta com leite materno e complementos, tais como fruta, pães, mingau. Não apresenta alergia alimentar. Desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário. Expressa adequadamente suas capacidades iniciais de percepção e processamento. Expressa linguagem conforme o padrão etário, inclusive utiliza gestos simbólicos para se comunicar. Tem boa relação com seus pais, principalmente durante momentos de interação o lactente oferece água aos seus pais ou cuidadores, simulando a troca de papéis. Além disso, demonstra padrão de comportamento social, principalmente quando seus pais demonstram realizar um passeio. Medidas antropométricas: P: 10.000 g; Comp: 80 cm; CC: 47 cm; CB: 14,0 cm; Prega Tri: 9,6 mm; Prega Sub: 8,3mm.

Diagnóstico de Enfermagem

() presente () ausente

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA MÃES/RESPONSÁVEIS NA VALIDAÇÃO CLÍNICA

(Em duas vias, firmado pelo responsável da criança.)

Título da pesquisa: **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes**

Você está sendo convidado a permitir a participação do seu filho de forma voluntária em uma pesquisa que incluirá crianças que realizam acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento neste Centro de Saúde da Família, para serem avaliadas as medidas de crescimento, habilidades para mover-se, andar e realizar atividades manuais.

Meu nome é Flávia. Sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e orientada pela Professora Thelma Leite de Araújo. Estou desenvolvendo um estudo que, como já informei, tem como finalidade avaliar o crescimento e desenvolvimento do seu filho. Para isso, verificarei algumas medidas, tais como: peso, comprimento, tamanho da cabeça e as dobras do braço do seu filho. Além disso, farei algumas perguntas sobre o comportamento dele.

Para verificar o peso, altura e as dobras da pele, preciso examinar a criança. Utilizarei então uma régua para medi-la e uma balança para pesá-la. O exame não deve ocasionar nenhum desconforto ao seu filho, e você poderá ficar ao lado dele acompanhando o exame, que será interrompido se perceber que ele está estranhando muito a avaliação. Depois, vou-lhe pedir algumas informações sobre sua criança: história de saúde e doença, informações sobre o parto, o que come, quantas vezes come e comportamento durante as brincadeiras.

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 resolver possíveis dúvidas. Informo ainda que você tem o direito e a liberdade de negar a participação do seu filho no estudo ou de retirá-lo quando assim desejar, sem nenhum prejuízo. A identidade do seu filho será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo. 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.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Flávia Paula Magalhães Monteiro **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Raul Pompéia, 12, Carlito Pamplona
Telefone para contato: (85) 99433497 **E-mail:** flaviapmm@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8344

Eu, abaixo assinado _____, ____ anos, RG:_____.

Declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando 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.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
--	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
---	------	------------

ANEXO



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 133/12

Fortaleza, 20 de abril de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 104/12

Pesquisador responsável: Flávia Paula Magalhães Monteiro.

Título do Projeto: "Revisão do diagnóstico de enfermagem atraso no crescimento e no desenvolvimento: estudo em crianças"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 19 de Abril de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE