**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA MARTINS DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DE
CONCEITO E REVISÃO DOS DIAGNÓSTICOS DA
NANDA-I**

**SÃO PAULO
2014**

JULIANA MARTINS DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DE
CONCEITO E REVISÃO DOS DIAGNÓSTICOS DA
NANDA-I**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da
Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de doutora em
Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr. Maria De La Ó Ramallo
Veríssimo

**São Paulo
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Juliana Martins de

Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I / Juliana Martins de Souza. São Paulo, 2014.

204 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Desenvolvimento infantil. 2. Diagnóstico de enfermagem.
3. Enfermagem pediátrica. 4. Formação de Conceito. I. Título.

Nome: Juliana Martins de Souza

Título: Desenvolvimento Infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho Eduardo que me fez compreender toda a grandeza do
meu objeto de estudo ao participar do seu processo de
desenvolvimento e me fez entender o sentido da palavra amor.*

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, por ter guiado meus passos até aqui e ser a minha
fortaleza nos momentos difíceis.*

*À minha família e amigos agradeço pelo amor, paciência, compreensão e
apoio em todos estes anos.*

*Ao meu esposo, Marcio, pelo companheirismo nesta fase das nossas vidas.
Você com certeza você foi o meu grande incentivador, nunca esquecerei
cada palavra de apoio e incentivo.*

*A minha mãe e ao meu esposo por se fazerem tão presente na vida do
Eduardo nos momentos de minha ausência.*

*As minhas crianças Igor, Isabela, Julia, Duda e Eduardo por trazerem a
alegria no dia a dia.*

*À Prof^a Maria De La Ó, minha orientadora e amiga, pelo apoio, compreensão
e a forma carinhosa de “orientar”. Agradeço por me ensinar e ser meu
exemplo de “professor”*

*A todo o grupo de pesquisa Cuidado a Saúde Infantil, em especial aos colegas
que acompanharam e participaram de muitas discussões: Prof^a Cecília,
Soraia, Danielle, Nádia, Daniele, Vanessa, Daniel e Rayla.*

A Prof^a Aurea, pela cooperação e orientações estatísticas.

A Bibliotecária Juliana pela ajuda na busca bibliográfica.

*Às Prof^{as} Dinah e Débora Falleiros pela contribuição no exame de
qualificação.*

*À Prof^a Anamaria Napoleão e a amiga Aline Apolloni pelas valiosas
discussões sobre Sistematização.*

*Aos coordenadores e todos os professores da UNICEP, UNIARA e UFG, pelo
auxílio, compreensão, e que direta ou indiretamente me ajudaram nesta
realização.*

*A todos os profissionais que dedicaram um pouco de seu tempo na coleta de
dados da minha pesquisa.*

*A Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESP) pelo apoio e financiamento à
pesquisa.*

“A família é o meio mais eficiente de tornar humano os seres humanos”

Urie Bronfenbrenner

Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

O desenvolvimento infantil (DI) é o fenômeno relativo ao período mais vulnerável do desenvolvimento humano e mais responsivo aos estímulos e às terapias, quando necessário. A enfermagem atua na promoção do DI orientando as famílias no atendimento às necessidades essenciais das crianças. No entanto, os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relativos ao desenvolvimento são inconsistentes, dificultando elaborar um plano de cuidados de qualidade. Para que o processo de enfermagem aborde este fenômeno em toda sua complexidade, fez-se necessário revisar o conceito e os diagnósticos de enfermagem relativos ao DI. **Objetivos:** Realizar análise de conceito do termo DI; validar a definição de DI proposta; revisar os diagnósticos sobre desenvolvimento da NANDA-I; submeter os diagnósticos revisados à análise do conteúdo. **Método:** Análise de conceito segundo o Modelo Híbrido, em três fases: *fase teórica* com revisão bibliográfica em 12 bases de dados e livros; *fase de campo*, com pesquisa qualitativa com profissionais que atendem crianças; *fase analítica*, de articulação dos dados das fases anteriores e análise segundo a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento. A definição de DI obtida pela análise de conceito foi validada por peritos em um grupo focal. Os dados da análise de conceito subsidiaram a revisão dos diagnósticos da NANDA-I, os quais foram submetidos à análise de conteúdo por enfermeiros juízes. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e com apoio da FAPESP (Processo 2011/51012-3). **Resultados:** Na análise de conceito, foram encontrados os atributos, antecedentes, consequências e definições do termo desenvolvimento infantil, mediante revisão de 256 artigos em 12 bases de dados e livros de referência, e entrevistas com 10 profissionais. São *antecedentes*: aspectos relacionados à gestação; fatores intrínsecos da criança; fatores relacionados ao contexto, destacando as relações e o cuidado à criança; aspectos sociais. São *consequências* do DI: melhor qualidade de vida, oriunda de melhor desempenho individual, numa perspectiva mais imediata, bem como possibilitar conquistas futuras,

impactando na sociedade. Os *atributos* são os comportamentos e as habilidades da criança. As *definições* correspondem a perspectivas maturacionais, contextuais, ou a ambas. A *definição* elaborada a partir da análise dos dados, e validada por nove peritos no tema, expressa a magnitude do fenômeno e apresenta fatores não explorados em outras definições, como a criança ativa em seu processo de desenvolvimento e o cuidado como central neste processo. Os diagnósticos “Atraso no crescimento e desenvolvimento” e “Risco de atraso no desenvolvimento” da NANDA-I foram revisados, sendo propostos em substituição “Atraso no desenvolvimento infantil” e “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”. Estes obtiveram acima de 80% de concordância na análise de conteúdo por 18 enfermeiros. O novo diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”, obteve 61% de concordância do enunciado, com questionamentos sobre os termos, mas não foi modificado, pois segue a nomenclatura proposta pela taxonomia; a maioria das características definidoras teve concordância acima de 80%. **Conclusão:** A análise de conceito proporcionou uma definição de DI que subsidiou novos diagnósticos para melhorar a atuação do enfermeiro. O alto índice de concordância dos enfermeiros na análise de conteúdo dos diagnósticos reforçou a necessidade desta revisão.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento infantil. Formação de conceito. Diagnóstico de enfermagem. Classificações. Enfermagem pediátrica.

Souza JM. Child development: concept analysis and NANDA-I's diagnoses review [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Child development (CD) is a phenomena related to the most vulnerable period of human development and the most responsive to stimulus and to therapies when they are necessary. Nurses act on the promotion of CD through the guidance of families for attendance of children's essential needs. However, the NANDA-I's nursing diagnoses related to CD are inconsistent, making harder a qualified care planning. Aiming to approach the CD comprehensively in the nursing process, the review of concept and of the nursing diagnoses related to CD was necessary. **Objectives:** Performing the analysis of concept of the term Child Development; validating the proposed definition for CD; reviewing the NANDA-I's diagnosis about development; submitting the revised NANDA-I's diagnoses to content analysis. **Method:** Concept analysis according to Hybrid Model was performed in three phases: *theoretical phase*, including a bibliographic review in scientific databases and books; *field phase*, which was a qualitative research with professionals who care for children; *analytical phase*, which included the articulation of data from previous phases and then the analysis according to the Development Bioecological Theory. The definition of CD which was obtained from the concept analysis was validated by experts in a focus group. The data from concept analysis were used for review the NANDA-I's diagnoses. The reviewed diagnoses were undergone to content analysis by judge nurses. Project approved by Ethical Research Committee and supported by FAPESP (Process 2011/51012-3). **Results:** Through the concept analysis using 256 articles from 12 databases, books, and interviews with 10 professionals, were found the attributes, antecedents, consequences and definitions of the term child development. The antecedents were: aspects related to pregnancy; child intrinsic factors; context-related factors, with highlight on relationships and children's care; social aspects. The CD's consequences were: better quality of life arising from better individual performance, in a most immediate perspective, as well as improve future conquests with possible impact on society. The

attributes are child's behaviors and abilities. The definitions corresponded to maturational perspectives, to contextual perspectives or both. The definition elaborated from data analysis and validated for nine theme's experts, expresses the magnitude of the phenomena and presents factors which were not explored by the current definitions, such as the active participation of children during their process of development and care as central in this process. The diagnoses "Delayed growth and development" and "Risk for delayed development", described in NANDA-I, were revised and replaced for "Delayed child development" and "Risk for delayed child development". These diagnoses presented over 80% of concordance in the content analysis by 18 nurses. The new diagnose "Readiness for improved child development" presented 61% of wording concordance, with some disagreements about the terms, but it was not changed because it follows the nomenclature proposed for the taxonomy; most of defining features had concordance over 80%. **Conclusion:** The concept analysis provided a new definition of CD which supported new diagnoses for the improvement of nursing practice. The high index of nurses' concordance during the content analysis of diagnosis strengthened the need of this review.

KEYWORDS: Child development. Concept formation. Nursing diagnosis. Classification. Pediatric nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Linha do tempo da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®)	37
Figura 02 –	Bases de dados e portais de informações selecionadas para revisão	56
Figura 03 -	Número de artigos utilizados na composição final das categorias de análise da fase teórica	60
Figura 04 –	Mapa conceitual representando o resultado da fase teórica da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, segundo o Modelo Híbrido	77
Figura 05 -	Mapa conceitual representando o resultado da fase de campo da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, segundo o Modelo Híbrido	89
Figura 06 -	Mapa conceitual representando os resultados da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil segundo o Modelo Híbrido	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo tempo de formados	122
Gráfico 02	Distribuição dos participantes segundo tempo de atuação em saúde da criança	123
Gráfico 03	Distribuição dos participantes segundo classificações de enfermagem utilizadas em sua prática profissional.	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Características definidoras propostas para a revisão do diagnóstico Atraso no crescimento e desenvolvimento.....	110
Quadro 02-	Fatores relacionados propostos para a revisão do diagnóstico de enfermagem Atraso no crescimento e desenvolvimento	112
Quadro 03 -	Fatores de risco propostos para a revisão do diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento	115
Quadro 04 -	Características definidoras propostas para o diagnóstico: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado	119
Quadro 05 -	Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Atraso no desenvolvimento infantil”	129
Quadro 06 -	Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”	133
Quadro 07 -	Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado” ...	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Número total de referências encontradas e selecionadas para análise segundo base de dados e portais de informação utilizados na revisão.....	59
Tabela 02–	Concordância dos juízes quanto ao enunciado e definição do diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”.....	125
Tabela 03 –	Concordância dos juízes quanto às características definidoras propostas para o diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”.....	126
Tabela 04 –	Concordância dos juízes quanto aos fatores relacionados propostos para o diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”.....	126
Tabela 05 –	Concordância dos juízes quanto ao título e definição do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”.....	130
Tabela 06 –	Concordância dos juízes quanto às mudanças nos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”.....	131
Tabela 07 –	Concordância dos juízes quanto à proposta de título e definição do diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”.....	134
Tabela 08 –	Concordância dos juízes quanto às características definidoras propostas para o diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DI	Desenvolvimento Infantil
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo
FMCSV	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
ISO	Organização Internacional de Padronização
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação de Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1.0 INTRODUÇÃO	25
1.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL	28
1.2 AS CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM	31
2.0 OBJETIVOS	42
3.0 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	44
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO	47
3.2.1 Análise de conceito	47
3.2.2 Revisão e análise de conteúdo dos diagnósticos da NANDA-I.....	52
4.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE TEÓRICA	56
4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	56
4.2 RESULTADOS DA BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	59
5.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE DE CAMPO	79
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	79
5.2 RESULTADOS DA FASE DE CAMPO	81
6.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE ANALÍTICA	91
6.1 ANTECEDENTES DO CONCEITO	91
6.2 ATRIBUTOS DO CONCEITO	94
6.3 CONSEQUÊNCIAS DO CONCEITO	95
6.4 DEFINIÇÃO DO CONCEITO	95
7.0 VALIDAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO CONCEITO	
DESENVOLVIMENTO INFANTIL	100
7.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	100
7.2 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS	101
7.2.1 Caracterização dos sujeitos	101
7.2.2 Avaliação da definição do conceito	102
7.3 DISCUSSÃO	105
8.0 REVISÃO E ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE	
ENFERMAGEM SOBRE DESENVOLVIMENTO DA	
NANDA-I	108

8.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS	108
8.1.1	Revisão dos diagnósticos da NANDA-I	108
8.1.2	Análise do conteúdo dos diagnósticos revisados	121
8.2	RESULTADOS.....	122
8.2.1	Caracterização dos sujeitos	122
8.2.2	Diagnóstico de enfermagem: Atraso no crescimento e desenvolvimento	124
8.2.3	Diagnóstico de enfermagem: Risco de atraso no desenvolvimento	130
8.2.4	Diagnóstico de enfermagem: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado	134
8.3	DISCUSSÃO	136
9.0	SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICES	152
	ANEXOS.....	198

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação, tive interesse pela área de saúde da criança, em especial na temática do desenvolvimento infantil (DI), assunto de extrema relevância para a enfermagem, uma vez que é um aspecto central da saúde infantil. Atuar na promoção do DI é fundamental para garantir o pleno desenvolvimento do ser humano.

Segundo Ribeiro et al. (2009), a enfermeira munida de conhecimento sobre o desenvolvimento pode identificar melhor as necessidades das crianças e alterações de comportamentos e propor ações de cuidados adequados, para criar oportunidades favoráveis ao processo de desenvolvimento.

Mustard (2010) apresenta pesquisas realizadas em diversos países que demonstram a importância de investimentos na primeira infância para melhorar a qualidade geral da população e reduzir desigualdades na saúde, na competência e nas habilidades de competição.

Os estudos da neurociência têm ajudado a esclarecer o DI, evidenciando que ele depende em grande parte dos cuidados na primeira infância e que, na falta destes cuidados, ou quando são inadequados ou insuficientes, as consequências podem ser decisivas e de longa duração, determinando a capacidade de aprender, de se relacionar e de regular emoções (Shore, 2000). Muitas crianças, por não terem recebido estímulos adequados, apesar de estarem bem nutridas e saudáveis, podem não alcançar seu potencial pleno. Daí a importância de não só diagnosticar os desvios, mas também promover o bom desenvolvimento da criança (Figueiras et al., 2005).

Em minha experiência profissional, como enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), tive a oportunidade de trabalhar com o processo de enfermagem e participar de discussões sobre Diagnósticos de Enfermagem. Dentro daquele contexto, os aspectos do DI continuavam a me despertar a atenção, pois considerava o diagnóstico de enfermagem uma valiosa ferramenta para a enfermagem atuar na promoção

do DI. Contudo, como o enfoque prioritário daquele cenário eram ações curativas, meu interesse ficou em segundo plano.

Após minha saída do HU-USP, continuei a trabalhar com o processo de enfermagem na área acadêmica, como docente, e em grupos de estudo na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Nos estudos de casos com alunos da graduação, observava sua dificuldade em elaborar um plano de cuidados em relação à promoção do DI, uma vez que não encontravam diagnósticos de enfermagem apropriados, dificultando a seleção de ações adequadas. Tal dificuldade era reiterada pelas enfermeiras em sua prática clínica, em diversos contatos vividos em campos de prática de ensino.

Como o diagnóstico é a base para a seleção dos resultados esperados e intervenções desejadas (Cruz, 2008), a dificuldade em dispor de diagnósticos apropriados ao tema DI continuou a me incomodar.

Com a entrada na pós-graduação, defini que esse seria meu objeto de pesquisa e, para delimitar meu problema de pesquisa, iniciei um estudo teórico norteado pela pergunta: Como as classificações de enfermagem abordam o tema do DI? Os resultados desse estudo teórico justificaram a proposição da tese para a elaboração do conceito desenvolvimento infantil e de diagnósticos a ele relacionados.

A tese está dividida em 10 capítulos, como segue:

1.0– Introdução: apresenta conteúdos sobre desenvolvimento infantil e classificações de enfermagem, justificando o estudo;

2.0- Objetivos: objetivos do estudo;

3.0- Referencial teórico e metodológico: descreve a teoria Bioecológica do Desenvolvimento como referencial teórico e a análise de conceito e validação de diagnósticos como referenciais metodológicos;

4.0- Análise de conceito: fase teórica: descreve os aspectos metodológicos e os resultados da fase teórica da análise de conceito;

5.0- Análise de conceito: fase de campo: descreve os aspectos metodológicos e os resultados da fase de campo da análise de conceito;

6.0- Análise de conceito: fase analítica: a partir da comparação dos resultados das fases teórica e de campo da análise de conceito, integra-os e os analisa, tendo por base o referencial da teoria Bioecológica, concluindo com a proposição de uma definição para o DI;

7.0- Validação da definição do conceito: descreve os aspectos metodológicos, os resultados, a análise e a discussão dos dados da validação da definição do conceito de DI por peritos;

8.0- Revisão e análise dos diagnósticos sobre desenvolvimento da NANDA-I: descreve a revisão dos diagnósticos sobre desenvolvimento da NANDA-I e os aspectos metodológicos, os resultados, a análise e a discussão dos dados da avaliação desta revisão por enfermeiros;

9.0- Síntese e considerações finais: resume os principais pontos do estudo, suas limitações e perspectivas futuras para o estudo do tema;

Referências: lista de referências bibliográficas.

Apêndices

Anexos

INTRODUÇÃO

1.0 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano pode ser definido ou entendido de várias formas, dependendo do referencial teórico adotado, sendo composto por conceitos heterogêneos das mais diversas origens (Brasil, 2002). O desenvolvimento infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, considerando que nos primeiros anos é moldada a arquitetura cerebral (Paus, 2013).

Segundo Bronfenbrenner (2011, p 43) “o desenvolvimento é um fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos”. É um processo através do qual a pessoa adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais capaz de se envolver em atividades que revelam suas propriedades, sustentam ou reestruturam aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo.

Baltes (1987), apud Papalia, Olds e Feldman (2006), identifica os princípios fundamentais de uma abordagem do desenvolvimento no ciclo vital:

- o desenvolvimento é vitalício: cada período do tempo de vida é influenciado pelo que acontece antes e irá afetar o que está por vir.

- o desenvolvimento depende da história e contexto: cada pessoa desenvolve-se dentro de um conjunto específico de circunstância ou condições definidas por tempo e lugar. O ser humano não apenas responde a seus ambientes, mas também interage com eles e os muda. Cada pessoa tem suas próprias características.

- o desenvolvimento é multidimensional e multidirecional: o desenvolvimento durante toda a vida envolve um equilíbrio entre crescimento e declínio.

- o desenvolvimento é flexível, ou plástico: apresenta capacidade de modificações.

O desenvolvimento não é resultado apenas de fatores internos como genética, maturação física, crescimento, ele é amplamente influenciado por forças externas a pessoa, pelas circunstâncias físicas e interações sociais que proporcionam incentivos, oportunidades e passagem para o crescimento. Consideradas em conjunto, grupos dessas forças externas formam os contextos, ou sistemas, ou ambientes, nos quais o desenvolvimento ocorre (Berger, 2011; Papalia, Olds, Feldman, 2006).

Alguns autores dividem o desenvolvimento humano em domínios, o que facilita sua análise e compreensão, uma vez que se trata de um fenômeno muito abrangente. Contudo, embora o estudo do desenvolvimento seja organizado em domínios, o desenvolvimento é holístico, ou seja, cada pessoa cresce como um todo integrado (Berger, 2011).

Berger (2011) apresenta os domínios como biossocial, que inclui cérebro e corpo, bem como as modificações que neles ocorrem e as influências sociais que as direcionam; domínio cognitivo, que inclui os processos do pensamento, as aptidões de percepção e a linguagem; domínio psicossocial, que inclui a personalidade, as emoções e as relações interpessoais.

Papalia, Olds e Feldman (2006) apresentam estes domínios como: desenvolvimento físico, que inclui crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde; desenvolvimento cognitivo, relativo à mudança e à estabilidade nas capacidades mentais, como aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento moral e criatividade; e desenvolvimento psicossocial, referente à mudança e à estabilidade na personalidade e nos relacionamentos sociais.

As teorias do desenvolvimento definem princípios e generalizações que fornecem uma estrutura coerente para estudar e interpretar o desenvolvimento (Berger, 2011). Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006): “Uma teoria é um conjunto de conceitos ou enunciados logicamente relacionados, os quais tentam descrever e explicar o desenvolvimento e prever que tipos de comportamento poderiam ocorrer sob certas condições”.

O modo como os teóricos explicam o desenvolvimento depende de como consideram o peso dado à hereditariedade e ao ambiente; se as pessoas são ativas ou passivas em seu próprio desenvolvimento; se é contínuo, ou ocorre em etapas (Papalia, Olds, Feldman, 2006). As principais teorias que influenciam a pesquisa sobre desenvolvimento humano são:

- **Teorias psicanalíticas:** o comportamento é governado por processos inconscientes e conscientes; o desenvolvimento é constituído de estágios. Baseadas na suposição de que mudanças relacionadas à idade resultam de conflitos, determinados maturacionalmente, entre pulsões internas e demandas da sociedade. Os principais teóricos são Sigmund Freud e Erik Erikson (Bee, Boyd 2011; Berger, 2011; Papalia, Olds, Feldman, 2006).

- **Teorias da aprendizagem:** visão do desenvolvimento humano segundo a qual as mudanças no comportamento resultam de experiências ou adaptação ao ambiente. A ênfase é muito mais na forma como o ambiente molda a criança do que em como a criança entende suas experiências. Os dois principais ramos são o behaviorismo, com Ivan Pavlov e Skinner, e a teoria da aprendizagem social de Bandura (Bee, Boyd 2011; Berger, 2011; Papalia, Olds, Feldman, 2006).

- **Teorias cognitivas:** preocupa-se com os processos de pensamento e com o comportamento que reflete tais processos. Enfatizam primeiramente mais o desenvolvimento cognitivo do que o da personalidade. Destacam-se nessa linha Jean Piaget e Lev Vygotsky (Bee, Boyd 2011; Berger, 2011; Papalia, Olds, Feldman, 2006).

- **Teoria ecológica:** visão do desenvolvimento do indivíduo como inseparável do sistema ecológico, entendido como o contexto social mais próximo e mais amplo. Tem como autor Urie Bronfenbrenner (Papalia, Olds, Feldman, 2006). Esta teoria será detalhada no capítulo três, pois será adotada como referencial teórico para este trabalho.

1.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) expressa toda a grandeza das ações para a promoção do DI ao afirmar:

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado é talvez o de mais importante que se pode oferecer à espécie humana. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se um cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da nossa sociedade (Figueiras et al., 2005, p.09).

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois, nessa etapa da vida, o tecido nervoso tem maior plasticidade, sendo o período mais vulnerável aos agravos, mas também a época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, é fundamental que profissionais, família e comunidade, façam a vigilância do desenvolvimento de suas crianças especialmente nesse período (Figueiras et al., 2005).

Para a promoção da saúde da criança, é indispensável a compreensão de suas peculiaridades, assim como oferecer condições ambientais favoráveis ao seu desenvolvimento (Ribeiro et al., 2009). O entendimento das características e necessidades próprias da infância decorrentes de seu processo de desenvolvimento, por parte dos cuidadores, irá favorecer o desenvolvimento integral, pois os cuidados diários são os espaços nos quais se devem construir as ações para promoção do DI (Chiesa, Veríssimo, Fracolli, 2009).

No Brasil, desde a década de 30, existem programas voltados para a saúde da criança e, desde a década de 70, as políticas públicas contemplam o crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2011). Atualmente, o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento infantil é uma das áreas de ações prioritárias do Ministério da Saúde, juntamente com a prevenção de violência e promoção da cultura de paz; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e atenção à saúde do recém-nascido (Brasil, 2005).

Em 2010, foi lançada a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional, como uma das ações para promover o crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2011). Essa estratégia é uma iniciativa do Ministério da Saúde para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos. Visa estimular a incorporação e implantação de ações de saúde na perspectiva do desenvolvimento emocional dos indivíduos, com defesa do ambiente facilitador ao crescimento, desenvolvimento e amadurecimento das crianças no período da chamada Primeira Infância. Ela traz como preocupação a necessidade de prover novas ofertas de cuidado na perspectiva de fortalecimento dos vínculos entre os pais, suas crianças pequenas e a rede social que os cerca, considerando estágios precoces do desenvolvimento humano com intervenções sobre uma série de determinantes que incidem sobre o chamado “ambiente facilitador” (Brasil, 2010).

No contexto atual, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil: a Rede Cegonha. Esta estratégia traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e, em especial, no período neonatal (Brasil, 2012).

Uma das propostas da Rede Cegonha é o acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família (Brasil, 2012).

Recentemente também foi lançado pelo governo federal o “Brasil Carinhoso”, que envolve um conjunto de ações interministeriais,

envolvendo saúde, educação, assistência social para a proteção e o fomento d desenvolvimento integral da criança na da primeira infância (Brasil, 2012).

No entanto, ainda se notam lacunas no acompanhamento do DI. Pesquisa realizada por Figueiras et al. (2003), para avaliar as práticas e conhecimentos relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança entre os profissionais da atenção básica, constatou que, apesar de considerarem o tema importante e terem conhecimento razoável sobre o assunto, poucos praticavam a vigilância do desenvolvimento. Lima et al. (2009) pesquisaram os registros de enfermagem sobre crescimento e desenvolvimento infantil, demonstrando total ausência de informações sobre os marcos do DI nos prontuários. Oliveira e Cadette (2009) identificaram que, apesar da equipe de enfermagem considerar os registros de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento importantes, estes ainda são incompletos e vazios de significado.

Algumas justificativas para isso seriam a abordagem assistencial ainda mais voltada para a doença e a falta de instrumentos assistenciais que subsidiam a atenção para o desenvolvimento da criança (Figueiras et al., 2003). Portanto, estratégias para melhorar esse cenário seriam a sensibilização dos profissionais e a criação de recursos operacionais para o trabalho com o desenvolvimento.

Em relação à organização do trabalho assistencial da enfermagem, o processo de sistematização da assistência vem trazendo valiosas contribuições ao utilizar as classificações de enfermagem para padronizar a linguagem e facilitar a comunicação e registro das ações. Esse movimento, relativamente recente na enfermagem, vem crescendo significativamente, e, atualmente, existe um grande número de estabelecimentos de saúde buscando implementar o uso das classificações de enfermagem na prática clínica, principalmente após as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem - COFEn 272/02 e 358/09, que dispõem sobre a implementação do processo de enfermagem em ambientes onde ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2002; COFEN, 2009).

O uso das classificações de enfermagem pode auxiliar a enfermeira a atuar na promoção, prevenção e tratamento de todos os aspectos relacionados ao DI, desde que tais classificações contemplem esse fenômeno em todas as suas dimensões.

1.2 AS CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

A partir da década de 50, a enfermagem começou a buscar o desenvolvimento de seu próprio corpo de conhecimento. Diversas enfermeiras se dedicaram a elaborar teorias e modelos de assistência para orientar a prática profissional. Segundo McEwen e Wills (2009, p. 50) “as teorias determinam e esclarecem a enfermagem e a finalidade de sua prática, para distingui-la das outras profissões de atendimento estabelecendo seus limites profissionais”.

Nessa época, surge o processo de enfermagem como um conjunto de etapas que deveriam guiar a prática de enfermagem, sendo inicialmente utilizado como um instrumento de ensino e posteriormente empregado como marco teórico da prática de enfermagem (Rossi, Casagrande, 2001). No Brasil, o livro *Processo de Enfermagem*, de Wanda de Aguiar Horta, publicado em 1960, propôs um marco conceitual para a enfermagem (Horta, 1979).

Horta (1979) propôs uma sistematização para a assistência de enfermagem, à qual chamou de processo de enfermagem. Tal proposta organiza a assistência em seis passos inter-relacionados: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de assistência, plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico. Rossi e Casagrande (2001) entendem o processo de enfermagem como uma série de passos que focalizam a individualização do cuidado mediante uma abordagem de soluções de problemas.

Atualmente, o processo de enfermagem enfrenta o desafio do uso das classificações na enfermagem, que têm como objetivo estabelecer uma linguagem comum para descrever os cuidados de enfermagem a indivíduos,

famílias e comunidades em diferentes locais (Cruz, 2008). Esse movimento surge devido à necessidade de identificação, nomeação e classificação dos conceitos de domínio da disciplina, para atender desde a implementação de sistemas computacionais, ensino, documentação, até ao desenvolvimento do conhecimento da profissão (Nóbrega et al., 2008).

Segundo Garcia e Nóbrega (2010, p.37) para promover a ciência da enfermagem, é necessário tornar objetiva a linguagem que a expressa, situando os termos que a constituem em um universo comum de percepção e de comunicação:

(...) garantir a compreensão e o reconhecimento intersubjetivo do significado dos conceitos incluídos na linguagem especial da enfermagem é, a nosso ver, um aspecto básico, pois eleva seu potencial de aplicabilidade prática, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de enfermagem.

As principais classificações elaboradas no decorrer da história da enfermagem começaram a surgir na década de 50 e 60 com os 21 problemas de Abdellah; a lista das 14 necessidades humanas básicas. Após a década de 70, iniciaram-se as discussões sobre a Taxonomia da NANDA-I; Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Nursing Interventions Classification); Sistema de Classificação de Resultados do Paciente – NOC (Nursing-sensitive Outcomes Classification). Na década de 80, surgem também outras classificações como a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde – Home Health Care Classification – HHCC; Classificação de Omaha e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (Cruz, 2008; Nóbrega et al., 2008; Nóbrega, Gutiérrez, 2000; Souza, 2002).

Em 2003, foi aprovada pela Organização Internacional de Padronização (ISO) a norma ISO 18.104:2003 - Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para Enfermagem. Essa norma estabelece critérios de avaliação para as classificações e assim proporciona evidências para futuras revisões. A padronização foi proposta por um grupo de peritos que fazem parte do Comitê de Informática em Saúde e do Conselho

Internacional de Enfermeiros (CIE), devido à necessidade de implementação de um sistema de base computacional, para reembolso dos serviços executados pela enfermagem, documentação das contribuições e aumento do conhecimento produzido na área (Cubas et al., 2010; Marin, 2009).

Dentre as classificações de enfermagem, as mais divulgadas, utilizadas e foco de estudos internacionais, são: a NANDA-I, a NOC, a NIC e a CIPE® (Nóbrega et al., 2008; Michel, Barros, 2002).

A NANDA-I e a CIPE® são as mais difundidas em nosso meio e foram foco deste estudo por se tratarem das classificações que contemplam os diagnósticos de enfermagem. A seguir, apresentam-se mais detalhadamente essas classificações e a discussão sobre a forma de abordagem do DI em cada uma.

A Classificação de Enfermagem da NANDA-I e o desenvolvimento infantil

Com o objetivo de direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos, a NANDA-I iniciou, em 1973, a discussão para a elaboração de uma taxonomia. Em 1986, foi aprovada a primeira taxonomia, publicada em 1989. Em 2000, foi aprovada a segunda taxonomia, publicada em 2001 (Braga, Cruz, 2003).

A primeira taxonomia era organizada em nove categorias baseadas nos Padrões de Respostas Humanas. Essa forma de organização foi muito criticada, devido à dificuldade de classificar novos diagnósticos, o que levou a discussões sobre uma nova estrutura (Braga, Cruz, 2003).

A nova taxonomia da NANDA-I, a taxonomia II, tem três níveis: domínios, classes e diagnósticos:

O domínio é uma esfera de atividade, estudo ou interesse; a classe é uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau; e o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a

problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (NANDA-I 2010, p.389).

A taxonomia II segue o modelo proposto pela ISO 18.104:2003, com formato multiaxial, composta por sete eixos: conceito diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e localização. O eixo é definido como “uma dimensão da resposta humana que é levada em consideração no processo diagnóstico” (NANDA-I, 2010, p. 401).

Em junho de 2011, no Simpósio Latino Americano realizado pela NANDA-I em São Paulo, foi apresentada a nova estrutura taxonômica, a Taxonomia III, que vem sendo estudada e deverá ser proposta brevemente (Krogh, 2011).

A última versão da NANDA-I, 2012-2014, apresenta 04 tipos de classificações dos diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2013):

- Diagnóstico de enfermagem real: descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados.
- Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde: julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde. Essa disposição é sustentada por características definidoras.
- Diagnóstico de enfermagem de risco: julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família, ou comunidade vulnerável. Está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.

- Síndrome: julgamento clínico que descreve um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e com intervenções similares.

Cada diagnóstico de enfermagem é composto por (NANDA-I, 2013):

- Enunciado diagnóstico: estabelece um nome ao diagnóstico e inclui, pelo menos, o foco do diagnóstico; é um termo, ou expressão concisa, que representa um padrão de pistas relacionadas.
- Definição: oferece uma descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.
- Características definidoras: pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico real ou de promoção da saúde.
- Fatores de risco: fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos, ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família, ou uma comunidade, a um evento insalubre.
- Fatores relacionados: fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como “antecedentes de”, “associados a”, “relacionados a”, “contribuintes para”, ou “estimuladores”. Apenas diagnósticos de enfermagem reais e síndromes possuem fatores relacionados.

Souza e Veríssimo (2013) realizaram um estudo teórico sobre a abordagem do DI nas classificações de enfermagem e verificou-se que os diagnósticos da NANDA-I não abordam o desenvolvimento infantil em toda sua complexidade. Os diagnósticos existentes são reais e de risco e não abordam a promoção ao DI, além de abordarem o desenvolvimento e o crescimento dentro de um único diagnóstico, embora sejam fenômenos separados, com características e definições diferentes e sujeitos a intervenções diversas.

Os diagnósticos de enfermagem do domínio Crescimento e Desenvolvimento foram propostos nos anos de 1996 e 1998 (NANDA-I, 2010). Naquela época, os enfermeiros utilizaram uma variedade de métodos de pesquisa, sendo que alguns apresentam evidências de pesquisa mais

sólida do que outros (NANDA-I, 2010) e os diagnósticos relativos ao domínio Crescimento e Desenvolvimento ainda não apresentam níveis de evidência descritos.

Atualmente, há maior rigor na inclusão dos diagnósticos na taxonomia: são exigidos critérios de evidências, referências bibliográficas para a definição, para cada uma das características definidoras ou fatores de risco e para cada um dos fatores relacionados, além de apresentação de resultados e intervenções de enfermagem a partir de uma terminologia padronizada, para cada um dos diagnósticos (NANDA-I, 2010).

A edição da NANDA-I 2012-2014 apresenta uma nota de rodapé esclarecendo que o diagnóstico de enfermagem “Atraso no crescimento e desenvolvimento” será retirado da próxima edição a não ser que sejam feitas mais investigações para separar os focos crescimento e desenvolvimento em dois conceitos diagnósticos separados (NANDA-I, 2013).

Isto corrobora a justificativa desta pesquisa, pois submeter os diagnósticos de enfermagem sobre o DI a métodos de pesquisas que proporcionem níveis de evidências, poderá esclarecer as dúvidas existentes e irá contribuir para o fortalecimento da taxonomia.

A Classificação de Enfermagem da CIPE e o desenvolvimento infantil

Em 1989, o Conselho Internacional de Enfermeiros iniciou a discussão para a elaboração da CIPE®. Esta classificação surgiu do reconhecimento da necessidade de descrever os fenômenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem e os respectivos resultados para os clientes, além de facilitar a comparação das práticas entre cenários clínicos, populações, áreas geográficas e tempo (CIE, 2007).

A CIPE® tem a pretensão de ser um marco unificador das terminologias de enfermagem, já sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como integrante da Família de Classificações Internacionais (Cubas, Silva e Rosso, 2010).

Os componentes da CIPE® são os elementos da prática de enfermagem: o que fazem os enfermeiros frente a determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) (CIE, 2007).

Visando ao constante aperfeiçoamento, a CIPE® sofreu várias atualizações devido a contribuições de enfermeiros do mundo inteiro, já sendo lançadas algumas versões. As duas últimas versões só estão disponíveis *on line* (Cubas, Silva, Rosso, 2010). A figura 01 apresenta uma linha cronológica dessas versões.

Figura 01. Linha do tempo da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014

A CIPE® está de acordo com a ISO 18.104:2003, apresentando sete eixos (CIE, 2007):

- **Foco:** a área de atenção que é relevante para a Enfermagem.
- **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem.
- **Cliente:** sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção.
- **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente.

- **Meios:** uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção de enfermagem.
- **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções.
- **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.

O Brasil contribuiu com a classificação desenvolvendo, em 2000, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, revelando termos relacionados à prática da profissão na área de atenção primária, dispostos em um inventário vocabular. A versão Beta da CIPE® foi a base de organização e o projeto coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (Cubas, Silva e Rosso, 2010).

A versão 1.0 foi traduzida para o português e publicada em julho de 2007 (Cubas, Silva e Rosso, 2010), sendo assim definida:

A CIPE® versão 1.0 é mais do que apenas um vocabulário. É um recurso que pode acomodar vocabulários já existentes (através do cruzamento/mapeamento), que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários (como uma terminologia composicional), e que pode identificar relações entre conceitos e vocabulários (como uma terminologia de referência) (CIE, 2007, p.19).

Na CIPE® 1.0 (CIE, 2007, p. 30), diagnóstico de enfermagem representa o “estado do cliente, problemas, necessidades e potencialidade” e intervenções “são as ações de enfermagem”.

Para a construção dos enunciados dos Diagnósticos e dos Resultados de Enfermagem, a CIPE® propõe a inclusão de um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento, podendo ser adicionados termos de qualquer outro eixo, conforme necessário. Para a construção dos enunciados das Intervenções de Enfermagem, devem ser inclusos um termo do Eixo Ação e,

pelo menos, um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer outro eixo, exceto do Eixo Julgamento (CIE, 2007).

Vislumbrando a necessidade de tornar a classificação facilmente utilizada na prática clínica, a CIPE® propõe a elaboração de catálogos, ou subconjuntos terminológicos, que são: “subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem especificamente direcionados para uma área ou de especialidade da prática” (CIE, 2007, p. 20). As construções dos catálogos estão começando a ser discutidas em diversos países e podem trazer grande contribuição para a enfermagem.

No estudo de Souza e Veríssimo (2013) os termos foco relacionados com o fenômeno desenvolvimento infantil foram analisados e concluiu-se que não expressam o fenômeno, além de serem utilizados vários termos para definir o mesmo fenômeno. Os termos foco crescimento e desenvolvimento são definidos como termos separados, porém as descrições são confusas, misturando os dois conceitos.

Assim, o estudo de Souza e Veríssimo (2013) possibilitou verificar que tanto a classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I como a CIPE® abordam o DI, mas ambas precisam de aprimoramento.

Justificativa do estudo

Ao consultar a NOC (Moorhead, Johnson, Maas, 2008) e a NIC (Dochterman, Bulechek, 2008), nota-se que vários resultados propostos e intervenções sugeridas são apropriados para a *promoção* do DI e não apenas para atuar no risco ou atraso no crescimento e desenvolvimento. Isto reforça a necessidade das classificações de enfermagem apresentarem diagnósticos voltados para a promoção do DI para que tais resultados e intervenções sejam selecionados e subsidiem a elaboração do plano de cuidados.

Ao analisar os questionamentos elaborados acerca da abordagem do DI nas duas classificações estudadas, pode-se pensar que uma das razões possíveis para que o tema ainda não tenha sido melhor trabalhado em ambas as classificações é que o DI é um processo amplo e complexo, mas

tradicionalmente abordado na perspectiva do alcance, ou não, de marcos de desenvolvimento, isto é, comportamentos e habilidades específicas adquiridas em determinados períodos etários padronizados. Tal perspectiva restringe o olhar para o desenvolvimento no sentido de resultados, desconsiderando o papel do ambiente sobre o DI.

Assim, as dificuldades em dispor de diagnósticos de enfermagem voltados para a *promoção* do DI podem ocorrer pela ausência de uma abordagem que abranja a complexidade do termo DI e pela ausência de uma conceituação que contemple a especificidade da ação da enfermagem.

Torna-se, portanto, fundamental a análise do conceito de DI para subsidiar as classificações de diagnósticos de enfermagem e proporcionar diagnósticos que possibilitem a elaboração de planos de cuidados voltados para a *promoção* do DI, bem como desenhar diagnósticos que respondam a esse conceito.

Para tanto, formularam-se as seguintes perguntas: O que é desenvolvimento infantil? Quais são os componentes deste conceito? Quais diagnósticos de enfermagem podem ser úteis ao processo de enfermagem na atenção à criança, com foco na promoção do desenvolvimento?

OBJETIVOS

2.0 OBJETIVOS

- Realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil.
- Validar a definição do termo desenvolvimento infantil.
- Revisar os diagnósticos sobre desenvolvimento da NANDA-I.
- Submeter os diagnósticos revisados à análise do conteúdo.

*REFERENCIAL TEÓRICO E
METODOLÓGICO*

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Inicialmente, fora decidido que a presente pesquisa trataria apenas da análise qualitativa de conceito do termo desenvolvimento infantil e um estudo posterior realizaria a revisão e validação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. No entanto, com a finalização da análise de conceito considerou-se viável iniciar a revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e submeter à análise por enfermeiros juízes, uma vez que a análise de conceito forneceu todos os elementos para a revisão e ainda havia tempo restante para a finalização da tese.

O presente estudo teve diversas etapas, cujos procedimentos metodológicos foram detalhados nos capítulos correspondentes, a fim de proporcionar maior clareza. Descrevem-se neste capítulo o referencial teórico que orientou a interpretação dos resultados da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, bem como a construção dos diagnósticos sobre desenvolvimento, e os referenciais metodológicos da análise de conceito e da validação de diagnósticos.

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico de análise dos dados foi a Bioecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, que é um sistema teórico que evolui ao longo do tempo para o estudo científico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011). Na teoria bioecológica, o desenvolvimento é definido como:

“Fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente” (Bronfenbrenner, 2011, p 43).

A teoria Bioecológica explica o desenvolvimento no contexto de um sistema de relações que formam o meio no qual a criança se insere, organizado em complexas “camadas”, cada uma com seu efeito sobre o desenvolvimento. A teoria, inicialmente chamada de teoria ecológica, foi renomeada para enfatizar a própria biologia infantil como o meio primário que alimenta o desenvolvimento. A interação entre fatores da maturação, seu ambiente imediato, como a família e a comunidade, e o panorama social, dirigem e orientam o desenvolvimento. Mudanças ou conflitos em qualquer camada repercutem por todas as outras. Para estudar o desenvolvimento de uma criança, é preciso olhar não só para a criança e seu ambiente imediato, mas também para a interação do ambiente mais amplo, focando a qualidade desse contexto. Considera que, à medida que a criança se desenvolve, a interação nesses ambientes se torna mais complexa e pode favorecer ou não o DI (Lerner, 2011).

A teoria afirma que “aquilo que importa para o comportamento e desenvolvimento é o ambiente conforme ele é *percebido*, e não conforme ele poderia existir na realidade ‘objetiva’” (Bronfenbrenner, 1996, p. 6).

A pessoa em desenvolvimento é considerada como modificadora do ambiente e não apenas como receptora de sua influência: as características da pessoa funcionam com um produtor indireto e como um produto do desenvolvimento (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

O modelo bioecológico propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação de quatro elementos: o contexto, o processo, a pessoa e o tempo (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, Morris, 2006), descritos a seguir.

Contexto

O meio ambiente considerado importante para o processo de desenvolvimento não se limita a um único ambiente, mas refere-se também às interconexões entre ambientes externos de forma mais ampla. Essas estruturas mais amplas são denominadas microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema:

- **Microsistema:** é o ambiente mais próximo da pessoa em desenvolvimento, onde se estabelecem relações estáveis e significativas. Como exemplos, a família, vizinhança próxima, creche.
- **Mesosistema:** inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa participa ativamente. Ele é formado e ampliado sempre que a pessoa entra num novo ambiente. São exemplos a escola, igreja, vizinhos.
- **Exossistema:** são ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento, mas afetam, ou são afetados, pelo que acontece no ambiente mais próximo da pessoa; sendo assim, a pessoa não frequenta o ambiente como um participante ativo, mas tais ambientes desempenham uma influência indireta sobre seu desenvolvimento. Como exemplos, o trabalho dos pais, a rede de apoio e a comunidade.
- **Macrossistema:** é composto pelo padrão geral de ideologias, crenças, valores, religião, formas de governo, culturas e acontecimentos históricos do cotidiano da pessoa e que influenciam o seu desenvolvimento, pois impactam nos demais ambientes.

Processo

São as interações recíprocas, progressivamente mais complexas, do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato. Os processos proximais, definidos como formas perduráveis de interação no ambiente imediato, exercem um papel crucial no desenvolvimento. No entanto, o impacto dos processos proximais vai depender dos demais aspectos: pessoa, contexto e tempo.

Pessoa

Deve ser analisada por meio de suas características determinadas biopsicologicamente e aquelas construídas na sua interação com o ambiente.

As características das pessoas são tanto produtoras como produtos do desenvolvimento (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

Tempo

Analisa as influências que ocorrem ao longo do ciclo de vida. O tempo refere-se desde o momento presente da pessoa em desenvolvimento, até o tempo histórico e social.

Esses quatros elementos compõem o modelo processo-pessoa-contexto-tempo (PPCT), no qual tais elementos são interligados. O *processo* de desenvolvimento envolve a relação entre o indivíduo e o contexto; a *pessoa* apresenta suas características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais; o *contexto* são todos os sistemas (micro, meso, exo e macro) entrelaçados, e o *tempo* envolve as questões da temporalidade, constituindo o cronossistema que modera as mudanças ao longo da vida (Lerner, 2011).

Considerar que o desenvolvimento é influenciado pelos eventos e condições do meio ambiente enfatiza a importância de políticas públicas e intervenções que possibilitem às famílias, escolas e outros locais de socialização funcionarem eficazmente como contextos de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2011).

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.2.1 Análise de conceito

A análise de conceito tem a finalidade de esclarecer, reconhecer e definir conceitos que descrevem os fenômenos da enfermagem, visando promover o entendimento (McEwen, Wills, 2009), é um processo para examinar os elementos básicos de um conceito (Walker, Avant, 2005) e constitui os “tijolos” da teoria (Rodgers, Knalf, 2000).

A produção do conhecimento científico de cada profissão materializa-se com a explicitação dos conceitos representativos dos fenômenos que indicam e delimitam seu domínio de interesse, juntamente com a filosofia que expressa suas crenças e valores. Por fim, as teorias articulam os conceitos representativos destes fenômenos (Garcia, Nóbrega, 2010).

Segundo Walker e Avant (2005), os conceitos são construções mentais na tentativa de organizar os estímulos ambientais; cada conceito contém características e atributos próprios que o torna único em relação a outros conceitos (Wilson, 1963 apud Walker, Avant, 2005).

Morse (1995) afirma que conceitos são “representações cognitivas” abstratas da percepção da realidade formada por experiências diretas ou indiretas.

A estrutura de um conceito consiste em uma definição, características, ou atributos, limites, antecedentes e resultados, ou consequências. A definição permite que o conceito seja citado, comunicado, identificado e reconhecido. As características, ou atributos, são as características do conceito que permitem diferenciá-lo de outros conceitos e devem estar presentes sempre que o conceito aparecer. Os limites do conceito ajudam a identificar os atributos fracos, ou que não estão mais presentes. Os antecedentes são aqueles eventos, ou incidentes, que devem acontecer antes da ocorrência do conceito e os resultados, ou consequências, são aqueles eventos, ou incidentes, que derivam da ocorrência do conceito, em outras palavras, os resultados do conceito (Walker, Avant 2005; Morse et al., 1996).

Muitos conceitos utilizados na enfermagem são pouco elaborados, ou aplicados precariamente no contexto clínico (Morse 1995) e necessitam ser analisados para fundamentar cientificamente a profissão. Para Rodgers (2000), a análise de conceito se faz necessária quando há: terminologia confusa ou palavra ambivalente usada para caracterizar determinados eventos ou fenômenos; problemas que definem conceitos importantes para o desenvolvimento da pesquisa, teoria ou prática; potenciais conflitos entre os

conceitos estabelecidos e a situação encontrada na prática clínica; necessidade de conceitos novos, ou mais efetivos, para caracterizar experiências clínicas.

Para Morse et al. (1996), um conceito tem um nível de maturidade quando é bem definido, suas características são claramente descritas, seus limites são delineados e os antecedentes e consequências são documentados.

A maioria dos trabalhos desenvolvidos sobre análise de conceito se concentra nos EUA; no Brasil, esse tipo de estudo começou a intensificar a partir de 2000.

A literatura propõe vários modelos de análise de conceito. Knalf e Deatrck (2000) e McEwen e Wills (2009) discorrem sobre os principais métodos utilizados na enfermagem para a análise e desenvolvimento de conceitos.

O *modelo de Walker e Avant* (2005) propõe oito etapas: selecionar um conceito de interesse; determinar o objetivo da análise; identificar os usos do conceito; determinar os atributos; construir um caso modelo; construir casos adicionais; identificar antecedentes e consequentes do conceito; definir referencial empírico.

No Brasil, o modelo de Walker e Avant (2005) é bastante utilizado para análise de conceito, principalmente nos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem que utilizam o método de Hoskins (1989), pois esse método é dividido em três etapas, sendo a primeira delas a análise de conceito do fenômeno, utilizando o método de Walker e Avant.

Há, ainda, vários estudos que utilizam o modelo evolucionário de Rodgers. Essa autora propõe um método para valorizar o dinamismo e as inter-relações, pois a análise de conceito é dinâmica, variando com o contexto e com o tempo. O desenvolvimento do conceito é ilustrado como um “ciclo evolucionário” que considera três aspectos: o significado, uso e a aplicação do conceito (Rodgers, 2000).

O *modelo de Rodgers* propõe seis etapas: identificar o conceito e expressões associadas; identificar e selecionar o campo para coleta de

dados; coletar os dados, reconhecendo os atributos, consequentes e antecedentes; analisar os dados e identificar as características do conceito; identificar um caso modelo e identificar hipóteses e implicações para outros estudos (Rodgers 2000).

Esses modelos são estudos teóricos de análise de conceito, baseados no método de Wilson, que foi proposto na década de 60. Atualmente, os modelos derivados desse método são bastante criticados porque produzem resultados insignificantes e não contribuem para o avanço da enfermagem, uma vez que se limitam ao estudo teórico, não utilizando a aplicação prática (Morse, 1995; Beckwith, Dickinson, Kendall, 2008; Weaver, Mitcham, 2008).

Buscando responder às lacunas dos modelos baseados nos estudos teóricos de análise de conceito, surgiram propostas de modelo de análise de conceito qualitativa. O Modelo de Morse e o modelo Híbrido de Schwartz-Barcott e Kim utilizam abordagem qualitativa com pesquisa em campo.

O *modelo de Morse* (1995) descreve os processos de delineamento de conceito, comparação do conceito e esclarecimento do conceito. O delineamento do conceito auxilia na separação de dois termos que parecem vinculados; os conceitos são comparados e contrastados para identificar o que é comum, o que é similar e quais são as diferenças. A comparação do conceito esclarece dois conceitos concorrentes, mantém separada a literatura para cada conceito. O esclarecimento de conceito é utilizado para conceitos já desenvolvidos para identificar, descrever, comparar e contrastar os atributos. As fases de análise do conceito são:

- Identificação dos atributos do conceito: identificar na literatura a definição, os atributos, os antecedentes e as consequências.
- Verificação dos atributos do conceito: fase de campo, com a comparação dos atributos universais (da literatura) às experiências dos participantes, buscando conhecer as manifestações do conceito.
- Identificação das manifestações do conceito: integração das fases anteriores e desenvolvimento do conceito.

O modelo Híbrido de desenvolvimento de conceito foi proposto por Schwartz-Barcott e Kim (2000) e considera três fases interconectadas e não distintas para o desenvolvimento do conceito. As autoras afirmam que a conexão entre as fases permite que o conceito seja explorado em todas as suas dimensões. São elas:

- Fase teórica: o conceito relevante para a enfermagem é selecionado; pode ser descrito em detalhes um caso clínico para se chegar ao conceito por meio da análise. Busca-se na literatura de forma ampla e sistemática e em todas as disciplinas que usem o conceito. Estende-se até a fase de campo.

- Fase de Campo: sobrepõe a fase teórica e utiliza métodos qualitativos para coleta e análise de dados a fim de confirmar e refinar o conceito. Os passos a seguir são: estabelecer o cenário, negociar a entrada, selecionar os participantes, coletar e analisar os dados.

- Fase analítica final: integra as duas fases anteriores. Três questões orientam esta fase: Quão aplicável e importante é o conceito para a enfermagem? A seleção inicial do conceito parece justificada? Em que extensão a revisão da literatura, a análise teórica e os achados empíricos apoiam a presença e a frequência do conceito na população selecionada para o estudo?

O Modelo Híbrido permite apoiar ou melhorar o significado atual do conceito, destacar uma definição diferente daquela previamente utilizada, redefinir completamente o conceito e resultar em um novo e refinado modo de medição do conceito (Schwartz-Barcott, Kim, 2000).

Dentre os métodos de análise de conceito apresentados, selecionou-se o Modelo Híbrido (Schwartz-Barcott, Kim, 2000) para o presente estudo, tentando superar as lacunas dos modelos propostos apenas com base na literatura e que não consideram o fenômeno sob análise a partir da concepção dos sujeitos da prática.

A definição elaborada a partir deste método foi submetida à validação por peritos através de um grupo focal. Embora o modelo Híbrido

não proponha tal validação, considerou-se que esta etapa adicional traria maior consistência ao conceito elaborado.

3.2.2 Revisão e análise de conteúdo dos diagnósticos da NANDA-I

A enfermagem busca cada vez mais basear suas ações em resultados de pesquisas e, atualmente, têm sido desenvolvidos muitos estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem os quais compõem uma fase essencial no desenvolvimento do conhecimento para a prática clínica (Carvalho et al., 2008). A validade de um diagnóstico de enfermagem refere-se ao grau em que representa a verdadeira condição, no cliente (indivíduo, família, comunidade), que requer intervenção de enfermagem (Carvalho et al, 2008). Para que se possa afirmar que um diagnóstico de enfermagem é válido, é preciso passar por um processo em que se conclua que as características que o definem representam o que é encontrado na prática clínica (Garcia, 1998).

Para Fehring (1987), dizer que um diagnóstico é validado significa que muitas enfermeiras com base nas mesmas características definidoras fariam um diagnóstico similar.

Os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem apresentam diversidades com relação ao tipo e modelo de validação empregada (Garcia, 1998; Carvalho et al, 2008; Chaves, Carvalho, Rossi, 2008; Lluch Canut, 2013; Muller-Staub, Paans, 2013).

Garcia (1998) aponta que um dos tipos mais utilizados é a validação de conteúdo, método que engloba duas fases distintas: a análise conceitual, que é feita à luz de literatura, e a avaliação por especialistas. Os métodos mais utilizados na enfermagem brasileira são o modelo proposto por Fehring (1994) e o modelo de Hoskins (1989), que propõem o desenvolvimento em etapas: análise de conceito, validação de conteúdo por especialistas e validação clínica.

Os estudos de validação de conteúdo são fundamentais para o refinamento de diagnósticos aprovados e desenvolvimento de novos

diagnósticos. Podem ser realizados com enfermeiros que trabalham com pacientes que apresentam o diagnóstico específico, ou com pacientes que apresentam o diagnóstico. Podem ser utilizados métodos quantitativos e qualitativos (Muller-Staub, Paans, 2013).

Lopes, Silva e Araújo (2013, p. 652) propõem que seja utilizado o termo análise, ao invés de validação, quando é realizada apenas a submissão a profissionais:

“um processo de validação é complexo e não podemos garantir que a opinião de um grupo, geralmente pequeno, de indivíduos possa nos assegurar que um conjunto específico de indicadores clínicos e fatores etiológicos representam o verdadeiro conteúdo de um diagnóstico”.

Considerando as reflexões existentes sobre os diversos métodos de validação de diagnósticos de enfermagem e a proposta de Lopes, Silva e Araújo (2013) utiliza-se nesta pesquisa o termo análise do conteúdo.

Estudos com enfermeiros especialistas têm como um dos pontos mais complicados a seleção de peritos. A falta de uniformização de critérios para se considerar o sujeito como perito tem sido muito discutida, sendo sugerido que atenda aos seguintes critérios: número de anos de experiência clínica; tempo de graduação; grau de titulação; experiência com pesquisa e em publicações sobre o tema estudado; e local de atuação (Carvalho et al, 2008). O sistema de pontuação, proposto por Fehring (1987), tem sido um dos mais utilizados, porém muitas vezes é difícil de ser atendido por recomendar que os peritos tenham o grau de mestre em Enfermagem, conhecimento especializado sobre o diagnóstico em estudo demonstrado por meio de pesquisas apresentadas e publicadas e especialização sobre o tema em estudo (Carvalho et al, 2008). Este modelo privilegia a formação acadêmica em detrimento da experiência clínica (Lopes, Silva, Araújo, 2013).

Assim, para este estudo estabeleceu-se como participantes juízes, ao invés de peritos, definindo como critérios de inclusão experiência clínica em saúde da criança.

Para a apreciação dos diagnósticos pelos juízes, foi utilizada a análise de concordância. A análise dos diagnósticos contou com apreciação de juízes, na primeira etapa, e de peritos numa segunda etapa na qual os resultados foram discutidos em um grupo focal. Os procedimentos destas etapas estão detalhados no capítulo 8.

*ANÁLISE DE CONCEITO: FASE
TEÓRICA*

4.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE TEÓRICA

A fase teórica consistiu na revisão da literatura, buscando identificar os antecedentes, os atributos, as consequências e a definição do conceito desenvolvimento infantil.

4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

As bases de dados foram definidas com apoio de especialista em ciência da informação, pois o desenvolvimento infantil é tema de estudo de diversas disciplinas, sendo importante consultar bases de dados que contemplassem outras áreas além da enfermagem, ou saúde. Para tanto, identificaram-se 10 bases de dados multiprofissionais, das áreas de educação, saúde, psicologia e ciências sociais e dois portais de informação, conforme figura 02.

Figura 02 – Bases de dados e portais de informações selecionadas para revisão.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Algumas perguntas foram elaboradas para nortear a revisão da literatura, segundo o modelo de análise de conceito: O que é DI? Quais os atributos do DI (o que caracteriza o DI)? Quais os antecedentes do DI (o que é preciso para o DI)? Quais os consequentes do DI (o que o DI possibilita)?

Foi identificado, em cada base de dados, qual(is) palavra(s) correspondia(m) ao descritor *Desenvolvimento Infantil* para realização da busca. Com essa busca, levantou-se um número imenso de trabalhos, como mais de 40.000 na Pubmed e, na Eric, mais de 15.000. Foram então estudados alguns limites. Inicialmente, o descritor foi cruzado com palavras chave que respondessem às questões norteadoras da busca, como: DI x conceito; DI x adequado; DI x dano, entre outras palavras. Apesar de conseguir diminuir o número de trabalhos, entendemos que os cruzamentos não garantiam que todos os trabalhos fossem recuperados, pois muitos sinônimos poderiam ser utilizados e, em discussão com profissionais que trabalham com tradução para a língua inglesa, percebemos que o número aumentaria ainda mais na busca nesse idioma, pois o mesmo termo em português pode ter outros sinônimos em inglês.

Diante desta situação, optamos por utilizar o descritor *Desenvolvimento Infantil* e seus correspondentes, e estabelecer limites que pudessem garantir a abrangência quanto ao tema e confiabilidade no recorte, mas reduzissem o número de estudos a um volume viável:

- Ano de publicação - 2011 e 2012;
- Idioma - português, inglês e espanhol;
- Faixa etária - menor de 01 ano.

Esta faixa etária foi definida não só buscando reduzir o número de estudos, mas tentando recuperar estudos importantes, pois esse é um período fundamental para o desenvolvimento infantil. No entanto, a maioria das bases de dados não aceitava esta faixa etária como limite, sendo necessário ampliar para dois anos.

Além dos critérios de inclusão já mencionados, buscou-se a qualidade dos trabalhos priorizando pesquisas clínicas que apresentassem resultados claros e consistentes. Discussões teóricas e relatos sobre o

desenvolvimento infantil foram excluídos por não trazerem evidências recentes sobre o fenômeno e compuseram uma base de dados para apoiar a discussão dos resultados.

Um grande número dos estudos encontrados na busca abordava especificamente aspectos de crescimento, como a influência da amamentação e da alimentação no crescimento da criança, e avaliações de crescimento sendo, portanto, excluídos. Também não foram incluídos na análise final os artigos que abordavam patologias relacionadas ao atraso do desenvolvimento, como o autismo e Síndrome de Down, e estudos que discutiam as formas de avaliação do DI, com análise ou validação de escalas.

Alguns trabalhos foram descartados, pois traziam discussões de aspectos muito específicos de determinada área e não atendiam ao objetivo da pesquisa: estudos sobre desenvolvimento da personalidade e emoção, segundo a área das ciências comportamentais; estudos detalhados de desenvolvimento motor e funções executivas, na área de fisioterapia; estudos que buscavam relacionar modelos específicos de teorias de desenvolvimento humano.

4.2 RESULTADOS DA BUSCA BIBLIOGRÁFICA

A busca foi realizada nos meses de março e abril de 2012, sendo incluídos estudos de janeiro de 2011 até a data da busca. Os resultados da busca nas bases de dados foram encaminhados para o Endnot para gerenciar as referências. Os resultados da Pubmed e BVS foram trabalhados separadamente, pois não foi possível a transferência para o Endnot com os limites incluídos pela pesquisadora.

A tabela 01 apresenta o número total de referências encontradas e as selecionadas e analisadas em cada base de dados e portais de informação, após refinamento.

Tabela 01: Número total de referências encontradas e selecionadas para análise segundo base de dados e portais de informação utilizados na revisão.

Base de dados	Referências encontradas	Referências selecionadas
Scopus	1532	165
Web of Science	143	39
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	07	00
LILACS	06	00
Biblioteca Cochrane	127	01
Pubmed	567	11
Cinahl	90	13
Edubase	00	00
Education Resources Information Center (Eric)	59	07
PsycINFO	227	20
Index Psi	00	00
Francis	00	00
Total de referências	2758	256

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Do total de referências, 463 estavam duplicadas, restando 2295. Com a leitura dos títulos, aqueles trabalhos cujos temas abordados não respondiam aos objetivos da pesquisa, conforme já explicado, foram excluídos (907), restando **1388** referências.

Os resumos dos 1388 trabalhos foram lidos e selecionados **612** considerados importantes para o estudo, pois abordavam o tema e se enquadravam nas categorias de análise pré-definidas. Estes trabalhos selecionados foram categorizados buscando responder as perguntas iniciais da busca bibliográfica e divididos em quatro categorias: Definição de DI; Consequências do DI; Características do DI; Antecedentes do DI.

Em momento posterior, foi realizada nova leitura dos resumos de cada categoria e selecionados **256** artigos que efetivamente atendiam aos

critérios, os quais compuseram as categorias finais de análise (figura 03). A soma dos artigos é maior, porque os artigos da categoria Consequências compõem também a categoria Antecedentes.

Figura 03- Número de artigos utilizados na composição final das categorias de análise da fase teórica.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Dos 256 artigos analisados, apenas 12 eram nacionais. A maioria, 210, publicados no ano de 2011 e 46 publicados até o mês de abril de 2012. Os periódicos de publicação são muito variados, sendo apenas dois artigos publicados em periódicos na área da enfermagem, três na área da educação, 16 em periódicos específicos de desenvolvimento infantil, 23 em periódicos sobre desenvolvimento humano, 29 na área das ciências comportamentais e 183 em periódicos na área da saúde, sendo 80 destes específicos da área de pediatria.

Cada estudo recebeu uma letra de acordo com a categoria a que pertencia inicialmente e um número de identificação: A- Antecedentes sendo subdividida em AC os estudos relacionados com o cuidado, AB relacionados com o biológico, AA relacionados com o ambiente e AP com fatores pré natais; B - Características; C - Conceito, D - Consequências. Com as análises posteriores, alguns artigos foram alocados em outra categoria, mas continuaram identificados como inicialmente. O apêndice A traz as referências dos trabalhos selecionados para análise.

A seguir, os dados de cada categoria serão apresentados.

- **Categoria: Antecedentes do Desenvolvimento Infantil**

Nesta categoria, foram agrupados todos os artigos que discutiam os fatores que influenciam o DI. Os 228 artigos foram lidos buscando identificar os resultados e conclusão de cada estudo, que foram analisados e divididos em 04 temas:

- Aspectos relacionados à gestação e sua relação com o DI (N=58)
- Fatores intrínsecos da criança e sua relação com o DI (N=78)
- Aspectos de cuidado e sua relação com o DI (N=92)
- Condições socioeconômicas e sua relação com o DI (N=07)

Alguns estudos abordavam mais de um aspecto que influencia o DI e foram analisados em mais de uma categoria, por isso a soma dos artigos nos temas é 235.

- **Aspectos relacionados à gestação e sua relação com o DI**

Os estudos sobre fatores da gestação que podem influenciar no desenvolvimento da criança incluíram: uso de medicamentos; uso de tabaco, álcool e drogas; alimentação materna; exposição a poluentes ambientais; falta de acompanhamento pré-natal; doença materna.

Uso de medicações, tabaco, álcool e outras drogas durante a gestação

Estudos que buscaram avaliar o uso de algumas medicações e drogas durante a gravidez e a relação com o desenvolvimento infantil confirmam essa relação em alguns casos, mas ainda há incerteza quanto a alguns produtos.

Prejudicam o DI: medicações antiepiléticas, como valproato e carbamazepina (AP14 e AP16); consumo de álcool (AP24, AB24 e AP4), tabaco (AP22, AP32, AP44 e AP53) e outras drogas como cocaína e metanfetaminas (AP5, AP60, AP42, AP58, AP67). A maioria dos estudos evidencia os prejuízos no DI de uma maneira mais ampla, e alguns estudos

destacam a área motora, comportamental ou cognitiva.

Não influenciam o DI: permetrina e butóxido de piperolina, medicações para pediculose (AP34); metadona e buprenorfina, opióides (AP63); levetiracetan, antiepilético (AP65); drogas antineoplásicas (AP43, AP01).

Drogas antidepressivas também foram alvo de estudos, porém com resultados diversos: sem influência no DI (AP70); prejuízo com o uso prolongado (AB25) e sem evidências (AP25).

Alimentação materna durante a gestação

Estudos que buscaram evidenciar a relação da alimentação materna com o DI verificaram que é benéfico: suplementação alimentar com o consumo de ácidos graxos essenciais (Omega 3-consumo de peixe), principalmente na área cognitiva (AB10, AB52, AB30 AB35, AB97, AB172, AP45).

Não há evidência do efeito da suplementação por ferro (AB145), nem de suplementação com outros micronutrientes (AP45).

Exposição a poluentes ambientais na gestação

Causam prejuízos ao DI, em especial na área cognitiva, a exposição a poluentes ambientais durante a gestação como: dióxido de nitrogênio e benzeno (AB69), chumbo (AP41, AA34), chumbo e manganês (AA23), pesticida (organofosforado) (AP21), poluentes do ar residencial (AP31), gás de cozinha (AP74), ftalatos (usado em plásticos) (AC61, AP76), metais pesados (Cd, Hg, As e Ti) (AP77), éteres difenil polibromados (AP80).

Não houve evidência de influência do uso do celular (AP19) e da exposição à dichlorodiphenyldichloroethylene (DDT) (AP2).

Doenças maternas e agravos potenciais durante a gestação e sua relação com o DI

Não influenciaram o DI: agravos físicos como hipotiroxemia (AP15), submissão à cirurgia e anestesia (AP11, AP18), e periodontite (AP52), nem técnicas de reprodução assistida (AB87, AB161, AB150, AB154, AC24).

Como fatores que prejudicam o DI, foram encontrados: ansiedade e depressão durante a gestação, afetando as áreas cognitiva e social (AP13, AP28, AP36, AP46, AP62); exposição ao citomegalovírus (AP30); e falta ou o início tardio de acompanhamento pré-natal (AB24).

- Fatores intrínsecos da criança e sua relação com o DI

Foram agrupados neste tema artigos que tratavam especificamente de fatores intrínsecos a criança como: prematuridade e baixo peso ao nascer, alimentação infantil, crescimento, doenças como distúrbios genéticos, congênitos e sensoriais.

Prematuridade e baixo peso ao nascer

As consequências da prematuridade no desenvolvimento da criança foi um assunto bastante estudado e, geralmente, o baixo peso ao nascer é abordado concomitantemente à prematuridade. A prematuridade foi identificada como causa de atraso no desenvolvimento infantil desde os primeiros anos de vida até a idade escolar em 36 estudos. A maioria dos estudos avaliou o desenvolvimento infantil de uma forma mais ampla, e alguns enfatizaram habilidades motoras, de linguagem e cognitiva (AB2, AB12, AB47, AB58, AB78, AB28, AB42, AB54, AB63, AB71, AB89, AB92, B94, B87, B81, B44, B28, B18, B6, AP7, AC34, AB182, AB175, AB159, AB152, AB148, AB146, AB135, AB144, AB125, AB112, AB104, AB105, AB121, AB101, AB66).

Apenas um estudo que avaliou o crescimento e desenvolvimento dos cinco aos 20 anos, de crianças prematuras extremas e com menos de 540gr, não identificou diferença comparando com crianças a termo (AB117).

Alimentação da criança

Não influenciam o DI: suplementação alimentar de prematuros com ácidos graxos e com fórmula enriquecida (AB80, AB84, AB107, AB167); suplementação da alimentação de lactentes com ácido fólico, ferro, zinco (AB140, AB155) e lipídios (AB136); e consumo de peixe (AB108).

Um estudo que avaliou a suplementação alimentar com ácidos graxos no primeiro ano de vida comprovou que não houve diferença no desenvolvimento motor, social e cognitivo, mas mostrou relação significativa com a melhora da cognição aos 18 meses (AB48).

Crescimento

Existe uma relação positiva entre o crescimento e o DI, sendo que ganho de peso e altura tem influência positiva (AB13, AB179, AB132, AB59, AB118).

Não há evidência da relação de nascer com peso inferior ou superior ao esperado para a idade gestacional com o DI (AB6, AB180).

Doenças

Vários estudos verificaram influência negativa de doenças sobre o DI, sendo elas: doenças que afetam o sistema nervoso central, como convulsão febril, malária com acometimento cerebral, má formação cerebral, plagiocefalia deformacional, sinostose sagital, neurobriomatose (AB21, AB75, AB188, AB22, AB31, AB183, AB187); deficiência de ferro e anemia, transfusão sanguínea (AB18, AB110); baixos níveis de T4 (AB5), hipotireoidismo (AB189), ansiedade (AB36), processo inflamatório pós natal (AB173), cardiopatias (AB192), doenças crônicas como artrite e enxaqueca (B7, AB193) ; broncodisplasia pulmonar (AB122, AB185); pé torto (AB61), problemas congênitos (AB186) e deficiências sensitivas (AB 32, AB55, AB184).

Não influencia o DI cisto do plexo coróide (AB45) e crianças com melhores níveis sanguíneos de ferro tiveram maiores índices de desenvolvimento motor (AB4).

- Aspectos relacionados ao cuidado da criança e relação com o DI

Os artigos deste tema se referem a pesquisas que exploram os fatores relacionados ao contexto em que a criança vive e sua influência no DI. Este contexto inclui o ambiente mais próximo e mais distante, e tudo que se relaciona ao cuidado que ela recebe.

Saúde mental materna

Causam prejuízos no DI: ansiedade e depressão materna, com efeitos principalmente nas áreas cognitiva e social (AC6, AP73, AC32, AC39, AC92, AC101, AC103, AC108, AC111, AC115, AC125, AC121, AA36, AC79, AC81, AC97) e depressão paterna (AC127).

Apenas um estudo não encontrou relação significativa da depressão com o desenvolvimento infantil aos 18 meses (AC95).

Desenvolvimento cognitivo dos pais

Comprometimento no desenvolvimento cognitivo dos pais e baixa escolaridade influenciam negativamente o DI (AC30, AC96, AB78, AB182, AA12). Maior escolaridade materna promove o DI (AC55, AC45, AC72, AA28).

Vínculo e interação da criança com os pais

A maioria dos artigos que analisaram a relação dos vínculos e interação das crianças com os pais e o DI fez uma avaliação geral do desenvolvimento das crianças e verificou que as relações e vínculos afetam o desenvolvimento em todas suas áreas.

Prejudicam o DI: separação da criança da mãe, do pai e falta da interação dos pais com a criança (AC49, AC53, AP38, AB167); gravidez indesejada (AC37); idade paterna avançada (AC57). Ter mãe adolescente em ambiente familiar e condições socioeconômicas desfavoráveis também prejudica o DI (AC84).

Promove o DI: amamentação, considerando o vínculo que a criança estabelece com a mãe (AB83, AB86, AB27, AB141, AB124, AB119, AB123), interação com os avós (AA17, AC27), boas relações entre pais e crianças (AC10, AC42), estímulo e interação materna (AC65, AC89, AC105, AC93) e interação paterna (AC104).

Não tem relação com o DI a criança receber cuidado da mãe, ou de outra pessoa (AC58). Um estudo avaliou gemelares e concluiu que as relações familiares influenciam no comportamento social, em interação com os fatores genéticos (C19).

Exposição à violência doméstica

Estudos evidenciaram prejuízos ao DI, principalmente na área social, devidos à violência doméstica, que incluiu maus tratos, negligência e violência parental (AC35, AC71, AC107 AC113 AC114, AA22).

Características do ambiente em que a criança vive

São fatores que prejudicam o DI: viver em instituições (orfanatos) (AC76, AC68, AA14, AA19, AA22); permanecerem em UTI após o nascimento (AC123); conviver com grande número de irmãos (AA12, AA28); adoção (AC29, B52); viver no ambiente carcerário (AA31), assim como exposição à guerra (AA11).

Favorecem o DI: atividades físicas, atividades aquáticas, ouvir músicas (AA41, AA48, AA51); frequentar creches (AC112, AC128); ambiente com estímulo adequado, e fatores como bairro que apresente qualidade da vizinhança e segurança pessoal, (AC19, AA37, AB114) e a

cultura que a criança pertence (AA33, AC23).

Intervenção profissional

As intervenções profissionais, como programas de avaliação de recém-nascidos, orientações aos pais, acompanhamento médico e psicológico promovem o DI (AC01, AC15, AC43, AC77, AC122, AC116, D3, D4, D12); visitas domiciliares não tiveram relação com o DI (AC3, AC33, AC60, AC78).

- Condições socioeconômicas

Um estudo não encontrou relação entre a renda familiar e o DI (AA 52), sendo que os demais verificaram prejuízos ao DI em situação de baixas condições socioeconômicas (AC81, AA25, AA30, AA40, AB182, AA12, C43).

- **Categoria: Características do Desenvolvimento Infantil**

A categoria características do DI demonstra os atributos desse conceito, isto é, quais são as características presentes quando o conceito ocorre.

Houve muita dificuldade de encontrar os atributos do conceito, pois as pesquisas publicadas no período analisado focaram em evidenciar os fatores que influenciam o DI. Isso possivelmente ocorre porque as características deste conceito já foram descritas anteriormente por grandes estudiosos do assunto, os teóricos do desenvolvimento, verificando-se que os estudos atuais remetem-se a esses autores e teorias quando abordam os atributos do DI.

Lopes, Araújo e Silva (2013) apontam que uma das limitações da análise de conceito é o levantamento de trabalhos que identificam os atributos do conceito, uma vez que grande parte dos artigos científicos que tratam de pesquisas originais dificilmente abordam fatores etiológicos, ou

indicadores clínicos. Uma das alternativas propostas pelos autores para contornar esta situação é a incorporação de livros-texto na análise.

Apenas cinco artigos dentre os selecionados foram incluídos nesta categoria, pesquisas que avaliaram e analisaram o alcance de determinadas habilidades como linguagem, andar, preensão em pinça e desenvolvimento cognitivo (B5, B8, B17, B59, B62). Seu conteúdo foi complementado mediante busca nos livros de referência sobre as principais teorias do DI.

Os estudiosos e teóricos mais conhecidos, e cujos estudos são largamente usados na abordagem do DI, explicam o desenvolvimento em estágios aproximados, de acordo com a idade, descrevendo as características de comportamento ou habilidades segundo faixas etárias. Alguns autores focam em aspectos específicos, como o desenvolvimento emocional, ou o desenvolvimento cognitivo, e outros descrevem de maneira mais ampla os comportamentos e habilidades das crianças nas diversas áreas, ou funções que a criança realiza. Com base nas descrições dos comportamentos e habilidades das crianças segundo suas idades, foram criados roteiros e instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil.

Assim, para a análise de conceito, considerou-se que tais áreas constituem as características, ou atributos do desenvolvimento, uma vez que é mediante observação dos comportamentos e habilidades segundo as áreas de desenvolvimento que podemos verificar a ocorrência/realização do processo de desenvolvimento da criança. São elas: área motora; área de linguagem; área cognitiva; área emocional; área social.

A área motora corresponde ao domínio do movimento, e inclui a área motora grossa e fina. O motor grosso refere-se à postura corporal e aos movimentos mais amplos, como o caminhar, movimentos dos membros, o equilíbrio; o motor fino refere-se ao controle e destreza manual. O desenvolvimento motor é caracterizado por uma série de marcos alcançados sistematicamente e cada capacidade adquirida prepara a criança para lidar com a seguinte. Inicialmente, ocorre uma aquisição de habilidades mais simples e depois de habilidades cada vez mais complexas, as quais permitem movimentos mais amplos ou mais precisos e um controle mais

eficiente do ambiente (Papalia, Olds, Feldman, 2006). O desenvolvimento motor segue os princípios céfalo-caudal e próximo-distal (Papalia, Olds, Feldman, 2006; Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Bee, Boyd 2011).

As primeiras habilidades motoras das crianças referem-se a comportamentos reflexos, ou respostas involuntárias a estímulos específicos. As habilidades motoras gerais são aquelas que utilizam os músculos maiores como pular, correr, pegar uma bola e as habilidades motoras refinadas incluem os músculos menores como pegar um chocalho, copiar figuras e abotoar (Papalia, Olds, Feldman, 2006; Berger, 2011).

O desenvolvimento cognitivo, ou intelectual, refere-se ao processo pelo qual os indivíduos se tornam familiarizados com o mundo e objetos nele contidos; seu potencial é desenvolvido através da interação com o meio. Trata das diferentes formas de pensamento e sua evolução, os tipos de raciocínio adquire a habilidade de raciocinar de forma abstrata e pensar logicamente (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006).

A inteligência permite que as pessoas adquiram, lembrem e usem o conhecimento, compreendam conceitos e relações e resolvam problemas da vida cotidiana. Existem algumas abordagens que tentam explicar o desenvolvimento cognitivo da criança como a abordagem behaviorista, a psicométrica, a piagetiana e, mais recentemente, as abordagens do processamento de informações, a neurociência cognitiva e a sociocontextual (Papalia, Olds, Feldman, 2006). Os desenvolvimentos linguísticos, morais e espirituais emergem à medida em que as habilidades cognitivas avançam (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006).

O desenvolvimento cognitivo desempenha um papel importante na emoção quando os bebês aprendem a avaliar o significado de uma situação. Os recém-nascidos demonstram quando estão infelizes por gritos e sacudindo as pernas, porém felicidade é mais difícil avaliar. No decorrer do tempo, os bebês respondem mais às pessoas com sorrisos, estendendo os braços e indo até elas. As expressões faciais, a atividade motora, a linguagem corporal e as mudanças fisiológicas são indicadores importantes do desenvolvimento emocional. Quando os bebês têm suas necessidades

atendidas, eles tornam-se mais capazes de participar da regulação de seus estados de excitação e vida emocional. O desenvolvimento emocional inclui o choro, o sorriso, a tristeza, a alegria, o medo, a raiva. As emoções autoconscientes como constrangimento e empatia e inveja surgem quando a criança desenvolve a autoconsciência, por volta de 24 meses (Papalia, Olds, Feldman, 2006).

O desenvolvimento da linguagem é um elemento crucial do desenvolvimento cognitivo e expressa a capacidade de utilizar a linguagem, que é um sistema de comunicação baseado em palavras e gramática. Antes de poderem utilizar as palavras, os bebês comunicam suas necessidades e seus sentimentos através de sons que evoluem do choro para balbucios, depois para imitação acidental e depois imitação deliberada. Esses sons são chamados de fala pré-linguística. Em torno do final do primeiro ano, dizem sua primeira palavra e, um ano depois, começam a construir frases (Papalia, Olds, Feldman, 2006; Bee, Boyd 2011; Berger, 2011). A linguagem é influenciada pela maturação do cérebro e interação social (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Papalia, Olds, Feldman, 2006, Bee, Boyd 2011).

A fala inicial possui sua personalidade própria, as crianças simplificam, utilizam fala telegráfica para dizer apenas o suficiente para comunicar sua mensagem. Compreendem relações gramaticais que ainda não conseguem expressar e generalizam em demasia os significados das palavras (Papalia, Olds, Feldman, 2006, Berger, 2011).

O desenvolvimento social inicia com a inserção do bebê na família. Segundo Erikson, o recém-nascido desenvolverá confiança no mundo através do contato sensível, responsivo e consistente com o cuidador. O apego é uma ligação recíproca e duradora entre o bebê e o cuidador, e se desenvolve no primeiro ano de vida. O autoconceito é o senso de identidade; inclui todas as noções, crenças e convicções que influenciam as relações do indivíduo com os outros (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006; Papalia, Olds e Feldman, 2006).

Na infância, o autoconceito é primeiramente uma consciência da existência independente. Na idade escolar, a criança é mais consciente das

diferenças entre as pessoas, mais sensível às pressões sociais e se torna mais preocupada com a autocritica e autoavaliação. O autoconceito é cristalizado no final da adolescência, à medida que o jovem organiza seu autoconceito baseados nos valores e competências adquiridos na infância (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006).

À medida que amadurecem, as crianças buscam independência dos adultos, desenvolvendo a autonomia (Papalia, Olds, Feldman, 2006).

- **Categoria: Consequências do Desenvolvimento Infantil**

Os artigos inicialmente selecionados não abordavam diretamente o tema de consequências do DI, possivelmente porque é muito complexo verificar que dada situação é consequência do desenvolvimento infantil, devido a diversas variáveis que podem influenciar a situação de vida da pessoa. Os estudos que verificam consequências do desenvolvimento são geralmente estudos longitudinais de longa duração e alto custo.

Dentre os artigos selecionados, alguns da categoria antecedentes abordavam também consequências, pois as pesquisas que analisam os fatores que prejudicam ou promovem o DI a longo prazo, verificam os efeitos, ou as consequências, de um DI adequado ou não adequado.

Desta forma, foram selecionados para análise da categoria consequências 32 artigos que tratavam de avaliações de DI a longo prazo, ou em faixas etárias maiores, como escolares e adolescentes.

Oito trabalhos abordavam consequências da presença de fatores que promovem o DI, como envolvimento e interação dos pais com a criança, amamentação, frequentar creche, suplementação alimentar na gestação e programas de intervenção profissional para a promoção do DI. Vinte e quatro artigos abordavam consequências de fatores que prejudicam o DI, como prematuridade, baixo peso ao nascer, maus tratos, depressão materna, baixas condições socioeconômicas e exposição a álcool e outras drogas na gestação.

Consequências dos fatores que promovem o DI

Os artigos que abordavam fatores que promovem o DI evidenciaram como consequências: menor desvantagem social (D4); melhores condições sociais e de emprego (AC128); melhora no desempenho cognitivo (AB52, AB30, AB35, AB172); e melhor rendimento escolar (AP38, AB124, AC128).

Consequências dos fatores que prejudicam o DI

Os trabalhos que estudaram fatores que prejudicam o DI apontaram como consequências: dificuldades no desenvolvimento social (AC71, AC121); problemas de comportamento (AB2, AP58, AP60, AB144); atraso no desenvolvimento da linguagem (AC107, AB12, AB78) e no desenvolvimento motor (AB12, AB42, AB89, AB125, AB135, AB2); dificuldade cognitiva (AC113, AC115, AC127, AA30, AB2, AP24, AP58, AB125, AB12, AB144) com destaque para prejuízos no desempenho escolar (B81, AB146, AB148); dificuldades no desenvolvimento emocional (AA36, AB2, AC77); menores condições socioeconômicas (AA30) e agressividade (AC53).

- **Categoria: Definição do Desenvolvimento Infantil**

Nesta categoria, inicialmente, foram agrupados artigos que discutiam fatores mais conceituais, porém observou-se que não traziam definição nova para o termo desenvolvimento infantil. Os estudos utilizam definições elaboradas pelos teóricos do DI, as quais vão sendo consolidadas com a evolução da ciência.

Assim, pesquisas da neurociência evidenciam mudanças nos circuitos cerebrais no decorrer do DI (C7, C34, AB99, D1, D2) que explicam a fisiologia de aspectos do desenvolvimento descritos anteriormente pelos teóricos, através de suas observações de comportamentos infantis.

Outros artigos discutem as teorias relacionadas com o DI, como a teoria do apego (C4, C8, C13, C50, C54, C9, C31).

Em alguns trabalhos, são análises teóricas de aspectos do DI, com destaque para a influência do ambiente no desenvolvimento (C3, C12, C14, C18, C20, C27, C35, C36, C37, C38, C53).

Portanto, buscando mais dados acerca da definição do conceito, foi realizada a revisão das principais abordagens do desenvolvimento e dos principais autores de referência sobre o tema. As principais abordagens descritas na literatura são: maturacional, psicanalítica, da aprendizagem, cognitiva e a ecológica.

A **perspectiva maturacional** orientou os primeiros estudos sobre o desenvolvimento infantil, que entende o desenvolvimento como resultado da maturação orgânica, sequencialmente ordenado em estágios etários (Gesell, 2003).

Na **perspectiva psicanalítica** o desenvolvimento ocorre em estágios e o comportamento é governado por processos inconscientes e conscientes, supondo que mudanças relacionadas à idade resultam de conflitos, determinados maturacionalmente, entre pulsões internas e demandas da sociedade (Bee, Boyd 2011; Papalia, Olds, Feldman 2011; Berger, 2011).

Na **perspectiva da aprendizagem** as mudanças no comportamento resultam de experiências ou adaptação ao ambiente. A ênfase é muito mais na forma como o ambiente molda a criança do que em como a criança entende suas experiências (Papalia, Olds, Feldman 2011; Bee, Boyd 2011; Berger, 2011).

A **perspectiva cognitiva** preocupa-se com os processos de pensamento e com o comportamento que reflete tais processos. Enfatiza primeiramente mais o desenvolvimento cognitivo do que o da personalidade (Papalia, Olds, Feldman 2011; Bee, Boyd 2011; Berger, 2011).

A **perspectiva ecológica** tem a visão do desenvolvimento do indivíduo como inseparável do sistema ecológico, entendido como o contexto social mais próximo e mais amplo. Tem como principal autor Urie

Bronfenbrenner (Papalia, Olds e Feldman 2011). Como citado na introdução, Bronfenbrenner (2011, p 43) define desenvolvimento humano como:

Fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos. Se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente.

Os principais autores utilizados como referências nas disciplinas de enfermagem no Brasil apresentam as seguintes definições¹:

Crescimento e desenvolvimento são fenômenos **diferentes** em sua concepção fisiológica, **paralelos** em seu curso e **integrados** em seu significado; poder-se-ia dizer que são dois fenômenos em um só (Marcondes et al. 2003, p.23).

Desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas (Marcondes et al. 2003, p,xx).

“Pode-se definir desenvolvimento como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, comportamentos e traços de uma pessoa, que emergem de maneiras ordenadas e são razoavelmente duradouras” (Mussen et al, 1988, p.5).

O crescimento e o desenvolvimento, geralmente referenciados como uma unidade, expressam a soma de inúmeras alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo. (...)Desenvolvimento-maturação e expansão graduais; progresso dos estágios mais simples aos mais avançados de complexidade; surgimento e expansão das capacidades dos indivíduos através do crescimento, da maturidade e do aprendizado. (...) De uma maneira muito simples, o crescimento pode ser visto como uma mudança quantitativa, e

¹ Veríssimo MLÓR, Fujimori E, Mello DF, Nascimento NC, Monteiro RL, Sigaud CHS et al. O ensino da saúde da criança nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil: caracterização dos conteúdos e estratégias utilizadas. Dados não publicados. Parte da pesquisa Ensino do cuidado das doenças prevalentes da infância na graduação das escolas de enfermagem da América Latina e do Caribe. 2010.

o desenvolvimento como uma mudança qualitativa (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006, p. 80).

O desenvolvimento infantil é um processo único para cada criança, mas ordenado em estágios sequenciais. A família, a cultura, as crenças, os valores e a política são influências do meio que interferem no desenvolvimento infantil. Os genes e o caráter (modo de perceber, interpretar, organizar e responder a estímulos) também influenciam no processo de desenvolvimento, o qual segue etapas que obedecem a um princípio: ocorre na direção céfalo-caudal, próximo distal e do geral para o específico (Ribeiro et al., 2009, p. 62).

As publicações do Ministério da Saúde sobre a saúde da criança apresentam algumas definições de desenvolvimento infantil. No manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil de 2002 (Brasil, 2002), é utilizado como marco teórico o documento marco da *Comision Intersectorial Para La Promocion Del Desarrollo Psicossocial de La Infancia* (Comisión Intersectorial para la promoción del desarrollo psicosocial de la infancia, 1996):

Desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (Brasil 2002, p. 76).

Desenvolvimento psicossocial é o processo de humanização que interrelaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia; em síntese, é o que lhe permitirá incorporar-se, de forma ativa e transformadora, à sociedade em que vive (Brasil 2002, p.76; Comisión Intersectorial para la promoción del desarrollo psicosocial de la infancia, 1996)

A publicação mais atual do Ministério da Saúde é o Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

Infantil, que usa como referência a autora Rappaport et al. (1981) para conceituar desenvolvimento infantil:

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (Brasil 2012, p.121).

A Organização Panamericana de Saúde, no Manual para vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Estratégia AIDPI (Figueiras et al, 2005; Figueiras et al, 2011), apresenta a seguinte definição:

O 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. (Figueiras et al, 2005 p.11; Figueiras et al, 2011, p.13)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermagem traz a seguinte definição:

Desenvolvimento Infantil: Desenvolvimento humano com as características específicas. Processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até a idade adulta (CIE, 2007).

Desenvolvimento Infantil: Desenvolvimento Humano: Crescimento físico, mental e social e o desenvolvimento desde o nascimento até a fase infantil (ICN, 2011).

A figura 04 apresenta o mapa conceitual com os resultados da fase teórica de análise de conceito do termo desenvolvimento infantil. Para compor o mapa conceitual, foram extraídas de cada categoria as ideias principais, que compuseram o conteúdo trabalhado na fase analítica.

Figura 04 – Mapa conceitual representando o resultado da fase teórica da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, segundo o Modelo Híbrido.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

*ANÁLISE DE CONCEITO: FASE
DE CAMPO*

5.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE DE CAMPO

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Após iniciar a categorização dos artigos, iniciou-se a coleta de dados para levantamento e análise das compreensões dos profissionais que trabalham com crianças acerca do termo “desenvolvimento infantil”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP (anexo 01) e a coleta de dados autorizada em cada um dos municípios (apêndice B). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice C).

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de cinco municípios (São Carlos, Itupeva, São José do Rio Pardo, Penápolis e Votuporanga) que participaram de um Projeto de Desenvolvimento Infantil apoiado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). Esse projeto teve como objetivo ampliar e fortalecer as ações de promoção de desenvolvimento na atenção à saúde infantil, sendo uma de suas principais estratégias a disseminação de conhecimentos e práticas que o favorecem mediante formação de disseminadores desses conhecimentos e práticas em cursos presenciais. As estratégias participativas utilizadas pelos formadores permitiram reflexão sobre a importância do tema e sobre as ações que os profissionais utilizam e podem incrementar para atuar na promoção do DI (FMCSV, 2009).

Estes sujeitos foram escolhidos propositalmente por considerar que poderiam contribuir para a pesquisa por terem passado recentemente por uma formação em DI e serem potencialmente interessados pelo tema.

Foi encaminhada uma carta convite (apêndice D), via mensagem eletrônica a todos os enfermeiros que participaram da formação, num total de 50 enfermeiros, sendo dezenove de São Carlos, três de São José do Rio Pardo, sete de Votuporanga, quinze de Penápolis e seis de Itupeva. Destes, apenas sete foram entrevistados, sendo cinco de São Carlos e dois de São José do Rio Pardo, porém uma entrevista foi perdida por motivos técnicos e

não foi retomada, uma vez que não trazia conteúdo diferente das demais. Muitos contatos foram perdidos, pois os e-mails estavam incorretos e as pessoas já não trabalhavam mais na mesma área de quando participaram da formação. Algumas pessoas retornaram o contato dizendo que tinham interesse em participar, no entanto não responderam mais aos contatos para agendamento.

As entrevistas semi estruturada (apêndice E) foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2012 nos municípios de São Carlos e São José do Rio Pardo, nos locais de trabalho das pessoas ou outros locais de sua escolha.

Com a análise inicial das respostas, cujo conteúdo se mostrou muito similar entre os respondentes, e considerando a participação de representantes de apenas duas cidades, optou-se por ampliar a coleta de dados. Foram então incluídos outros profissionais envolvidos com os projetos de promoção de Desenvolvimento Infantil dos municípios.

Com a aprovação da ampliação dos participantes pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado contato pessoal com estes profissionais durante um simpósio promovido pela FMCSV, buscando incluir os municípios que não haviam colaborado ainda com a pesquisa. Com isso, mais quatro pessoas aceitaram participar, sendo três pessoas do município de Penápolis e uma do município de Votuporanga. Estas entrevistas foram realizadas no próprio local do Simpósio e na Escola de Enfermagem da USP.

Após análise do conjunto de entrevistas realizadas nos dois momentos, observou-se que os dados estavam saturados e encerrou-se a etapa de coleta.

As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a técnica de análise temática de conteúdo (Bardin, 2009), com os dados organizados nas categorias pré definidas para análise de conceito.

5.2 RESULTADOS FASE DE CAMPO

Participaram seis enfermeiras, duas pedagogas, uma psicóloga e uma assistente social, todas do sexo feminino, com média de idade de 42,2 anos. Metade das participantes tinha mais de 10 anos de formação, sendo três pessoas com mais de 25 anos. O tempo de atuação em atenção à criança variou de dois até mais de vinte anos.

Todas as participantes tinham curso de pós-graduação, nível especialização, em áreas diversas como Docência, Programa Saúde da Família, Psicodrama, Pré-natal, Liderança, e sete em saúde da criança, sendo cinco destes em especialização em Promoção do DI (oferecida pela Escola de Enfermagem da USP em parceria com a FMCSV em 2011/2012); uma tinha Mestrado em Enfermagem Cirúrgica.

Além dos cursos de pós-graduação, todas haviam participado de pelo menos um dos cursos do processo de formação em DI oferecido nos municípios em parceria com a FMCSV.

Durante as entrevistas, foi preciso explorar as questões do roteiro, com perguntas de clarificação, pois as participantes tiveram dificuldade em formular as respostas, abordando aspectos muito gerais e algumas vezes respondendo aspectos de crescimento e não especificamente do desenvolvimento.

Os dados foram categorizados de acordo com o modelo de análise de conceito em quatro categorias pré-definidas:

- Antecedentes do Desenvolvimento Infantil
- Consequências do Desenvolvimento Infantil
- Atributos do Desenvolvimento Infantil
- Definição do Desenvolvimento Infantil

Ainda, emergiu dos dados a categoria *É preciso habilidades específicas para apreender o DI na sua complexidade*.

- **Antecedentes do conceito**

Nesta categoria, todas as participantes referiram aspectos relacionados ao contexto. Entende-se como contexto o ambiente em que a criança está inserida, com as relações nele existentes. A maior ênfase foi ao ambiente e relações mais próximas da criança, referindo-se ao cuidado que a criança recebe, incluindo afeto, estímulo, diálogo; o ambiente familiar com suas crenças, valores e estrutura.

O estímulo que você dá a uma criança, sendo apropriado pra sua faixa etária, você estimula com que ela tenha uma melhoria do seu desenvolvimento infantil. (E2)

(...) os estímulos externos que são dados a elas ... utilizar atividades de contar historinhas, de músicas adequadas, de assistir desenhos criativos, de utilizar brinquedos também próprios pra a idade, que possam estimulá-la. (E2)

(...) lazer, o relacionamento bom com a família... o passear... brincar, enfim ,ter um bom relacionamento familiar... certamente influencia no bom desenvolvimento dela.(E2)

(...) mas se a gente for pensar na questão da promoção, eu acho que a gente pode pensar nos aspectos de... cuidado... desses cuidados iniciais. (E6)

Assim, quanto maior a disponibilidade do adulto em olhar com os olhos da criança pro mundo... e perceberem a necessidade dela, melhor ela vai poder se desenvolver. (E6)

(...) conversar bastante com o bebê, pegar no colo, carinho mesmo, afeto, falar olhando no olho, que isso é muito importante para o desenvolvimento infantil. (E7)

(...) a estimulação é... Afetividade... e oferecer à criança os itens das necessidades básicas... pra saúde física ou biológica. (E9)

(...) eu penso muito no meio de interação dela, então eu acho que a questão interacional pra mim é fundamental. (E10)

As características individuais do cuidador, seus conhecimentos e o apoio profissional também foram citados como fatores que influenciam o DI, bem como aspectos relacionados com ambientes mais distantes nos quais a criança se insere, como creche e escola, além da influência de outros parentes e fatores sócio econômicos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10).

(...) condição sócio econômica, cultural, poder aquisitivo, educação o lazer, cultura... então, todos os agregantes para um bom desenvolvimento. (E1)

(...) acredito que o ambiente que ela vive... o ambiente dentro de casa... ou então se frequenta uma outra instituição fora de casa também... (E3)

(...) Ah eu acredito muito na parte cognitiva dos pais tá é... afeto, conversas, diálogos, a forma como o ambiente familiar ali... como a criança está inserida tá... é... a parte social também acho que influencia muito o contato com outras crianças, a parte escolar é muito importante... mas sem dúvida que é mais a questão cognitiva de pai e mãe acho que conta muito. (E4)

(...) tem pais que estão ausentes, ou que não têm esse conhecimento de como funciona, do que pode contribuir pro desenvolvimento infantil, acaba afetando também. (E4)

(...) todos os fatores emocionais dessa família porque eu acho que é toda uma referência que essa criança vai ter . (E5)

(...) a família é a mãe, é o pai também, onde essa criança fica no meio familiar, então, tudo isso é fundamental. (E7)

(...) que ela tenha uma família organizada, dentro do seu padrão de organização... Acesso aos serviços de saúde, educação, assistência, que ela possa assim ter momentos que a família, ela possa ser atendida em momentos de conflitos, que elas possam ter um respaldo um aporte com relação a isso.... o cuidado, a criança, quando você tem...tem um resultado mais eficaz. (E8)

Também emergiram aspectos intrínsecos da criança, como fatores genéticos, biológicos e pré-natais (E1,E2, E3, E4, E5, E7, E10):

(...) questão genética que certamente influencia e como foi a gestação, como foi o parto... como foi a alimentação dessa mãe. (E2)

(...) com relação ao desenvolvimento fisiológico, se relaciona a parte genética e alimentação. (E3)

(...) algum familiar, um parentesco com gente próxima... acaba interferindo também nesse desenvolvimento. (E4)

(...) desprovida de uma alimentação em termos físicos.....(E5)

(...) nascer com algum problema. (E7)

(...) a parte de neurológica mesmo e também sistêmica do corpo biológico da criança permite ir mais ou menos, mas eu não acho que ele é o central mas ele influi... influi segurando, permitindo as transformações ou não permitindo. (E10)

- **Consequências do Desenvolvimento Infantil**

As Consequências do conceito DI foram apontadas como positivas quando a pessoa tem um DI adequado e negativas quando não há um DI adequado. As consequências positivas consistem em melhor qualidade de vida, oriunda de melhor desempenho individual (E2, E3, E5, E6, E8, E9, E10) numa perspectiva mais imediata, como maior rendimento escolar, melhores condições de emprego, facilidade de relacionamento; bem como em possibilitar conquistas futuras, impactando na sociedade. (E1, E2, E4, E5, E9, E10)

(....) vão ter a escolaridade ... vão se desenvolver, vão ter uma profissão, vão ter recurso financeiro neh... e a constituição dessas famílias futuras vão estar mais fortalecidas. (E1)

(...) eu acho que isso é o reflexo pra qualidade de vida dela (...) se bem estimulada você vai garantir que essa criança chegue no maior potencial que ela pode ter (...) qualidade de vida dela certamente vai ser melhor no futuro que ela vai conseguir ter acesso a tudo que ela almejar neh... ela não vai ter dificuldades, não vai sofrer preconceitos da sociedade enfim... e não vai ter eh.....problemas em adquirir as coisas é...conhecimento e tudo mais... eu acho que é grande influência sobre a qualidade de vida dela e da família...(E2)

(...) influência na vida dela enquanto adulta, adolescente, (...) é o que acontece durante os primeiros anos de vida que ela vai levar pra sempre, tanto na parte física quanto na parte emocional, social, psicológica, então acho que, muito do adulto, do que o adulto é hoje é dependente do que ele foi como ele se desenvolveu durante os primeiros anos de vida. (E3)

(...) uma criança quando bem desenvolvida, que consegue desenvolver vínculos afetivos tanto familiar quanto... ele se relaciona melhor fora de casa, ele se relaciona melhor na sociedade, então a criança quando vai pra escola começa a ter contato com as crianças, você vê que já é mais sociável, entendeu a parte de postura de conduta do que é certo e errado acho que eles têm um entendimento melhor sobre isso. (E4)

quando ela tem o desenvolvimento de uma forma normal, que é uma criança que acompanha na escola que é uma criança ativa, que é uma criança que participa de tudo. (E5)

(...) se investisse realmente no desenvolvimento da criança, não só nós, como o futuro tem a ganhar, porque é eles que vão trabalhar vão mudar esse mundo pra melhor ou pra pior. (E5)

(...) um desenvolvimento infantil adequado né... ele tem principalmente a construção de uma identidade é...consistente. (E6)

Também sinaliza uma adequação no momento em que você percebe que mesmo tendo um momento de crise de desequilíbrio ele reestabelece esse equilíbrio, eu acho que o processo é mais ou menos esse. (E6)

(...) quando ela tem um bom desenvolvimento é uma criança que vai responder bem aos diferentes desafios que vida impõe a todos nós. (E8)

(...) que essa pessoa enquanto adulta será mais produtivo mais participativo

(...) Uma pessoa que saberá exercer os seus direitos e deveres como cidadão. (E9)

(...) ele terá um melhor desenvolvimento acadêmico da escola vai acompanhar os conteúdos pra série que ele esta matriculado então vai melhorar o rendimento escolar dele e como eu falei... Através do comportamento também será uma pessoa que saberá melhor se relacionar com outras pessoas... Isso é resultado de um bom desenvolvimento infantil. (E9)

(...) inserção social com o desenvolvimento de habilidades que permita a ele se sentir bem dentro de um grupo dentro de uma família. (E10)

Algumas pessoas citaram consequências de um DI não adequado, como baixo rendimento escolar, menor renda, dificuldade de socialização levando ao isolamento e exclusão que irão influenciar na felicidade da pessoa.

(...) a parte negativa de quando isso não acontece é que ele está mais propício mais influenciável tem um distúrbio de conduta é... então, eu acredito que logo no começo, a hora que a criança já está em contato com outras que na parte social de escolinha você já começa a perceber que aquela criança não socializa ou tem dificuldade de aceitar o certo e errado respeitar limites e aí eu acho que com isso ele vai carregar pra adolescência. (E4)

(quando não tem um DI adequado) Até com tendência ao isolamento a não ter um sucesso a na escola não ter o rendimento esperado. (E8)

(...) violência, de responsabilidade de baixa produtividade na escola baixa produtividade no trabalho menor renda na idade adulta serão assim as consequências (de um DI não adequado). (E9)

(...) (um DI não adequado) limita inserção limita felicidade impõe sofrimento impõe exclusão. (E10)

- **Categoria Atributos do conceito**

A categoria **Atributos do Conceito** incluiu aspectos físicos e biológicos que caracterizam o DI, como dados de crescimento (E1, E2, E3, E10), e aspectos expressivos de aquisições, como comportamentos e habilidades da criança (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10).

(...) a questão física, pela habilidade você consegue identificar. (E1)

(...) pergunta pra mãe os hábitos dessa criança, o que ela está fazendo, se ela anda, se ela fala... que atividades ela faz... se ela consegue balbuciar... alguma coisa, se ela reconhece cores ... se ela escreve, se ela pinta. (E2)

(...) com relação ao peso, altura, o tamanho se é adequado pra idade que a criança tem. (E3)

(...) a criança não sustenta a cabeça, às vezes já tem uns seis meses e não consegue sustentar uma cabeça ... isso não é normal pra aquela faixa etária. (E5)

(...) eu acho que pela resposta que o bebê dá você já consegue perceber se aquele bebê está num caminho de desenvolvimento saudável. (E6)

(...) cada criança tem uma fase de desenvolvimento e é esperado algumas reações a partir dessa fase. (E8)

(...) Como que ela interage com as outras pessoas com as outras crianças... seria através de manifestações comportamentais da criança. (E9)

- **Categoria Definição do conceito**

Na categoria **Definição do conceito**, o DI foi explicado como um processo contínuo (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E10), que ocorre durante toda a vida, iniciando na gestação e ocorrendo em fases, sendo a mais importante os anos iniciais da vida (E1, E2, E7):

(...) e que está em constante, em constante alteração. (E3)

Hoje a gente sabe que esse desenvolvimento começa ali, na sementinha no útero. (E4)

(...) todas as etapas que aquela criança vai passar pra desenvolver. (E5)

O desenvolver é a expressão máxima da criança... nunca se finda, ele está sempre em processo. (E10)

Embora entendido como um processo que ocorre para todo ser humano, é também um processo único de cada criança (E6, E10):

O processo de desenvolvimento é da criança, depende dela. (E10)

A criança deve ser considerada como um ser único (...), ela é mais favorecida no desenvolvimento dela quando existe um espaço pra ela existir como indivíduo, ela é parte de um grupo, mas esse grupo olha pra ela como um ser único. (E6)

O DI foi referido como englobando dimensões, biológicas, psicológicas e sociais (E1, E3, E9, E10), bem como é expresso pela aquisição de habilidades (E1, E10).

(...) o crescimento e desenvolvimento das questões físicas, emocionais, psicológicas, e amadurecimento de criança. (E1)

(...) o desenvolvimento de áreas fisiológicas... emocionais... comportamentais da criança. (E3)

É o desenvolvimento cognitivo e social e emocional da criança e bio também, biopsicossocial, acho que engloba tudo. (E9)

É a criança conseguir expressar na potencialidade máxima, ou na máxima potencialidade, o que ela tem de habilidades, é essa capacidade de expressão. (E10)

O DI foi ainda definido como uma finalidade de alcançar um potencial evolutivo do ser humano:

O DI é um objetivo, um resultado de possibilitar que o ser humano tenha sua evolução de forma mais adequada possível. (E6)

A categoria ***É preciso habilidades específicas para apreender o DI na sua complexidade*** retrata a perspectiva das participantes quando a sua potencial influência na promoção do DI com ações profissionais, que dependem de criação de vínculo com a criança e com a família (E1, E2, E6, E7, E10), e uso de recursos como instrumentos de avaliação, habilidades clínicas e atuação em equipe multiprofissional. (E1, E2, E4, E8, E10)

(...) o vínculo com a família... de conhecer a composição familiar, os laços dessa família. (E1)

(...) de proporcionar uma sala com ambiência favorável né... do serviço... o acolhimento dessa criança... a identificação disso, instrumentos técnicos

utilizar a escala Denver, o acompanhamento do desenvolvimento, a ficha,..... fazer a consulta de uma forma sistematizada... organizada. (E1)

(...) na carteira de vacina tem algumas coisas que a gente pode se basear pra ver se ela faz algumas atividades daquilo que é esperado pra uma criança da faixa etária dela e também, além disso, tem o teste de Denver ... (E2)

(...) essa criança é acompanhada aqui na unidade através de impressos ... gráfico de desenvolvimento infantil é...como ela está se apresentando nas consultas, isso são dados técnicos de papel né...mais a observação do próprio profissional frente a essa criança. (E4)

Eu acho que existe uma percepção e uma comunicação é.... que não se dá pela linguagem, mas pela observação. (E6)

(...) um conjunto de regras de observação de avaliação que você tem que ter não é uma coisa só isoladamente. (E8)

A figura 05 apresenta um mapa conceitual com os resultados da fase de campo da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil segundo o Modelo Híbrido.

Figura 05: Mapa conceitual representando o resultado da fase de campo da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, segundo o Modelo Híbrido.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

*ANÁLISE DE CONCEITO: FASE
ANALÍTICA*

6.0 ANÁLISE DE CONCEITO: FASE ANALÍTICA

Nesta fase, os dados da fase teórica e da fase de campo foram analisados em conjunto, buscando compor os atributos, os antecedentes, as consequências e a definição do conceito. Os resultados integrados foram discutidos segundo a teoria bioecológica do desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011).

Nota-se que a revisão teórica e a pesquisa de campo trouxeram dados suficientes para a construção de um conceito fundamental para a enfermagem.

6.1 ANTECEDENTES DO CONCEITO

Os antecedentes do conceito encontrados na literatura e na fala dos profissionais não diferem no conteúdo e a fase teórica complementa a fase de campo, uma vez que a fala dos profissionais foi mais genérica, algumas vezes. A exemplo, na fase de campo, foi citado que fatores relacionados com a gestação influenciam o DI, sem um maior aprofundamento de quais seriam estes fatores, mesmo com a pesquisadora buscando explorar estas questões; na fase teórica houve o detalhamento destes fatores.

Os aspectos relacionados ao cuidado foram evidenciados na fase de campo com as falas que destacam a importância do cuidado, o afeto, o estímulo; na fase teórica, os estudos evidenciaram a importância do vínculo e interação dos pais com a criança.

Tais resultados mostram a incorporação de conhecimentos condizentes com a teoria bioecológica, que, como já explicado, é composta de quatro elementos interligados: processo-pessoa-contexto-tempo. O *processo* inclui as interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato. A interação é crucial para o desenvolvimento e serve como bloco construtor do microssistema, possibilitando estruturas interpessoais maiores (Bronfenbrenner, 1996).

As relações imbuídas de afeto beneficiam o desenvolvimento e possibilitam a formação de uma relação que continuará a existir mesmo quando estes sujeitos não estejam juntos e isso é fundamental para a criança no desenvolvimento das relações nos demais contextos sociais (Bronfenbrenner, 1996).

A importância das características do cuidador, com destaque para a sua saúde mental, está relacionada diretamente ao processo, pois afeta a relação do cuidador com a criança. E o apoio profissional pode ser um fator de apoio para auxiliar na melhoria desta relação.

O ambiente em que a criança está inserida teve destaque na fase teórica e de campo, consoante com Bronfenbrenner (1996), que destaca a importância destes ambientes, no pressuposto do contexto, dividindo-o em microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. Neste estudo, os fatores apontados como influentes do desenvolvimento infantil perpassaram todos estes sistemas:

- **Microsistema:** inclui os ambientes mais próximos em que a criança vive, sendo a grande maioria dos estudos referidos ao ambiente familiar e alguns a instituições de abrigamento. Na fase teórica, os estudos evidenciaram a importância do vínculo, da interação dos pais com a criança e das características do ambiente em que a criança vive; na fase de campo, os profissionais ressaltaram a importância do ambiente em que a criança está inserida: família; cuidado que a criança recebe; estímulo e afeto.

- **Mesossistema:** são os ambientes que a criança frequenta e que influenciam seu desenvolvimento. Na fase teórica, na subcategoria “Características do ambiente em que a criança vive” diversos estudos apontaram a influência destes ambientes no desenvolvimento como, por exemplo, creches. Isto também apareceu na fala dos profissionais na fase de campo.

- **Exossistema:** os ambientes em que a criança não está inserida e que afetam seu desenvolvimento não foram referidos diretamente na fase de campo e também não foram encontrados estudos na fase teórica com esse conteúdo, provavelmente por este conceito ainda não ser tão difundido e ser difícil avaliar como os ambientes em que a criança não está inserida afetam

seu desenvolvimento. No entanto, pode-se notar este conceito, apesar de não explicitado, quando foi considerada a influência das interações, pois os exossistemas influenciam diretamente estas relações, um acontecimento no trabalho dos pais, ou na escola dos irmãos, irá repercutir no microsistema e nas relações aí existentes. No exossistema “(...) ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento” (Bronfenbrenner, 1996, p. 21). Três exossistemas são identificados por Bronfenbrenner (1996) como muito importantes para o desenvolvimento da criança, devido a sua influência nos processos familiares: o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida (Poletto, Koller, 2008).

- **Macrossistema:** engloba as estruturas sociais, culturais e condições socioeconômicas. Alguns estudos e falas dos profissionais apontam os fatores de estrutura mais ampla que influenciam no desenvolvimento: as condições socioeconômicas e a cultura são citadas pelos profissionais e evidenciadas na busca teórica.

Fatores intrínsecos da criança também foram citados pelos profissionais como fatores que influenciam o DI, mas com pouco aprofundamento; na fase teórica muitos estudos evidenciaram a influência da prematuridade e baixo peso ao nascer; alimentação da criança; crescimento; doenças.

Um dos elementos da teoria bioecológica é a *pessoa*, considerando as suas características determinadas biopsicologicamente e aquelas construídas na sua interação com o ambiente (Bronfenbrenner, Morris, 1998). No modelo bioecológico, as características da pessoa são tanto produtoras como produtos do desenvolvimento, pois constituem um dos elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais. A pessoa encontra-se no centro do sistema ecológico. (Bronfenbrenner, Morris, 1998). Entretanto, para os profissionais que participaram do estudo, parece que os aspectos ambientais suplantam os individuais, pois foram mais destacados.

Os **Aspectos relacionados com a gestação** apareceram nas duas fases, com maior detalhamento na fase teórica, que destaca o uso de drogas, álcool, ou tabaco; alimentação materna; exposição a poluentes ambientais e doenças maternas. Também se notam aqui os elementos da teoria bioecológica discutidos acima: *pessoa*, ao considerar os fatores biológicos da gestação e o *contexto*, quando a gestação é influenciada por fatores de exposição a situações do ambiente.

Todos os aspectos podem ser classificados como protetores, quando oferecem influências favoráveis ao DI, ou de risco para o DI, quando suas influências são prejudiciais. Assim, sejam relativos ao cuidado familiar, institucional, ou às condições sociais, devem garantir algumas condições de qualidade.

6.2 ATRIBUTOS DO CONCEITO

Os atributos do conceito foram apontados pelos profissionais como comportamentos e habilidades que a criança adquire. Esta aquisição de habilidades foi descrita com maior detalhamento na fase teórica.

As características do desenvolvimento infantil diferem em cada grupo etário, sendo expressas por habilidades em desempenho de atividades motora, de linguagem, emocional, cognitiva e social. Todas estas áreas são interligadas.

No modelo bioecológico, o desenvolvimento é enfatizado como um processo de continuidade e de mudanças, porém, tanto nos textos como nos discursos dos profissionais, o destaque aparece no sentido das mudanças como evidências do DI. Cabe ressaltar que, mesmo nos textos de Bronfenbrenner, não há muita ênfase ao aspecto da continuidade, talvez porque o autor não se detenha em descrever nem discutir as aquisições em si. Contudo, a ausência de dados que indiquem a compreensão da continuidade como um aspecto que compõe esse processo mostra afinidade com as abordagens maturacionais do desenvolvimento, que costumam dar

suporte às definições do DI como o processo de aquisição de competências e habilidades gradativamente mais complexas.

6.3 CONSEQUENCIAS DO CONCEITO

Como já discorrido na fase teórica, foi difícil encontrar dados sobre as consequências do conceito nos estudos analisados, tendo-se identificado tais consequências nos estudos que analisaram fatores que influenciam o DI positivamente, ou negativamente. No entanto, os profissionais responderam prontamente quando questionados sobre as consequências de um desenvolvimento adequado ou não. As consequências de um desenvolvimento adequado foram apontadas pelos profissionais e, confirmadas na literatura, como aspectos individuais que provavelmente levem a melhor qualidade de vida por alcançarem maior sucesso na vida pessoal, profissional, afetiva e social. Inversamente, um desenvolvimento não adequado prejudicaria o alcance destes êxitos.

Vários estudos evidenciaram que crianças apoiadas por programas e políticas públicas de proteção ao desenvolvimento infantil conseguem melhores resultados a nível pessoal e social. O Banco mundial publicou um livro que relata estudos relativos a vários programas e políticas com investimentos na primeira infância e com repercussões individuais na vida adulta e na sociedade (Young, 2010). Esse material tem sido utilizado como recurso para a formação dos profissionais engajados nos projetos de promoção de desenvolvimento e que compuseram a população deste estudo. Assim, pode-se afirmar que esta é uma das fontes de conhecimento acerca do tema que pode ter fundamentado as respostas dos participantes.

6.4 DEFINIÇÃO DO CONCEITO

A definição do conceito foi elaborada analisando os resultados das fases teórica e analítica. Como já descrito, na fase teórica buscou-se extrair os conceitos principais das abordagens usuais nas áreas de saúde e educação acerca do DI e as definições propostas por seus autores.

Com base nos resultados da pesquisa, chegou-se à proposição da seguinte definição para o conceito desenvolvimento infantil:

O Desenvolvimento Infantil é parte do desenvolvimento humano, um processo único de cada criança que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive. É expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária.

O período pré-natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo, que decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta.

Essa definição contempla a perspectiva da teoria bioecológica do desenvolvimento, uma vez que apresenta a concepção da pessoa em desenvolvimento, do ambiente e a interação entre eles, bem como evidencia os quatro elementos da teoria: processo, pessoa, contexto e tempo.

- **Processo:** está explícito em todo o conceito, ao enfatizar a importância do cuidado que atenda as necessidades de desenvolvimento e que deve estar relacionado a interações, vínculos, afeto, ressaltando a importância das experiências da criança.

- **Contexto:** todo o contexto é considerado fundamental, desde a gestação, e as experiências vividas pela criança, além do cuidado que a criança recebe, que vai estar presente em vários contextos desde a família até outros ambientes que irão compartilhar deste cuidado e experiências.

- **Pessoa:** expresso na afirmação de que o desenvolvimento é um processo único de cada criança, de continuidade e mudanças nas

habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, e das características biopsicológicas, herdadas geneticamente.

- **Tempo:** A definição apresenta resultados de pesquisas da neurociência e de pesquisas contemporâneas que fundamentam o desenvolvimento infantil como parte fundamental do desenvolvimento humano, destacando o período pré-natal e os primeiros anos de vida como alicerce deste processo. A definição do conceito reflete a ciência atual.

A análise de conceito pelo Modelo Híbrido contribuiu para a construção de um conceito importante e aplicável para a enfermagem, sendo que ao apresentar o desenvolvimento como resultado do meio ambiente e das relações existentes, a definição proposta torna-se potencial para subsidiar ações de promoção do DI, aspecto fundamental para a atuação do enfermeiro no acompanhamento da saúde da criança.

O mapa conceitual da figura 06 apresenta o resultado final da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil segundo o Modelo Híbrido.

Figura 06: Mapa conceitual representando os resultados da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil segundo o Modelo Híbrido.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

*VALIDAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO
CONCEITO*

7.0 VALIDAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO CONCEITO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A definição do conceito de desenvolvimento infantil, elaborada na análise de conceito, foi submetida à validação por peritos.

7.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Buscando viabilizar e aprofundar a discussão, optou-se por realizar a validação da definição do conceito em um grupo focal, com peritos no tema. Os estudos de validação são muito utilizados com os diagnósticos de enfermagem e geralmente utilizam técnicas de coleta de dados com questionários (Chaves, Carvalho, Rossi, 2008), no entanto a opção pela realização da validação em um grupo focal justifica-se por ser um método que possibilita aos participantes elaborar percepções acerca de um fenômeno, a partir dos diferentes ângulos de visões (Dall'Agnol, Ciampone, 1999). Adicionalmente, é uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas (Gomes, Barbosa, 1999).

Os peritos foram localizados a partir de um grupo de pessoas cadastradas no banco de dados do grupo de pesquisa Cuidado a Saúde Infantil, por serem considerados potenciais colaboradores. Considerou-se como critérios de inclusão: atuar com saúde da criança, ser especialista na área de saúde infantil, mestre ou doutor.

Os participantes foram convidados por mensagem eletrônica com um mês de antecedência da data do encontro. O convite foi enviado para 27 pessoas.

O grupo focal aconteceu no dia 14/02/2014, das 14 horas às 16:50h horas, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), com 09 participantes. Para iniciar o grupo, foi realizada uma breve apresentação sobre a elaboração da definição e objetivo do grupo focal; em seguida os participantes assinaram o TCLE (apêndice F) e

responderam a um questionário de caracterização dos sujeitos da pesquisa (apêndice G).

Para nortear a discussão, foi apresentada a definição elaborada pela pesquisadora durante a análise de conceito do termo desenvolvimento infantil e entregue um questionário com 04 questões (apêndice H) para reflexão individual sobre o assunto e, após 10 minutos, iniciou-se a discussão. A discussão foi gravada para consulta e organização dos dados na redação dos resultados.

7.2 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

O grupo focal foi realizado com 09 participantes, além da pesquisadora, que foi a coordenadora do grupo e a orientadora que foi observadora.

7.2.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram sete enfermeiros, um médico e uma fisioterapeuta. Sete eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de idade foi de 36,3 anos. Havia pessoas do estado de São Paulo (cinco); Minas Gerais (dois) e Paraná (dois). O tempo de formação variou de seis a 30 anos, sendo a maioria das pessoas (sete) entre cinco e 15 anos.

Quanto à qualificação profissional, um profissional tinha especialização na área de Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica e Gestão em Saúde Pública; dois apresentavam curso de especialização e mestrado; um especialização, mestrado e doutorado; e cinco profissionais tinham cursado mestrado.

Cinco pessoas atuam em instituições de ensino, uma na atenção básica, uma na área hospitalar e uma pessoa atua na atenção básica e em instituição de ensino. Um participante referiu atuar como consultor de desenvolvimento infantil.

Todos os participantes referiram atuar em saúde da criança, na avaliação de desenvolvimento infantil na atenção básica e hospitalar,

puericultura, ensino e pesquisa, sendo que o tempo de atuação nesta área variou bastante, de quatro a 28 anos, sendo a maioria entre cinco e dez anos (cinco). Sete participantes têm publicações em pediatria.

7.2.2 A validação da definição do conceito

A seguinte definição, obtida no estudo de análise de conceito, foi apresentada ao grupo:

O Desenvolvimento Infantil é parte do desenvolvimento humano, um processo único de cada criança que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive. É expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária.

O período pré natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo que decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta.

Quanto à clareza da definição, foi apontado que ficaria melhor uma definição mais concisa e com menos pausas, e iniciar a definição falando diretamente do fenômeno. As reflexões e conclusões acerca da abrangência e das potencialidades da definição apresentada, bem como as sugestões de modificações estão descritas a seguir.

No trecho inicial “*O Desenvolvimento Infantil é parte do desenvolvimento humano*” foi discutida a importância de ressaltar que o DI é a fase mais importante do Desenvolvimento humano, sendo modificado para “*O Desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano*”.

Também foi apontado que o conceito não trazia com clareza a participação ativa da criança em seu processo de desenvolvimento, o que foi corrigido no trecho “*um processo ativo único de cada criança*”.

O trecho “*que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive*” foi criticado por remeter a finalidade do DI à serviço da sociedade, como algo pragmático e que poderia ser interpretado como utilidade futura da criança. O grupo considerou que, mais do que a inserção na sociedade, o desenvolvimento tem a finalidade de que a criança desempenhe seu papel social de acordo com sua faixa etária, valorizando todas as etapas da vida e não apenas a etapa mais “madura”, de ser produtivo socialmente. O trecho foi excluído e acrescentado a questão do papel social como uma aquisição da criança: “*aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social*”.

O grupo também discutiu o sentido da palavra continuidade *versus* contínuo no trecho “*expresso por continuidade e mudança nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem*”. Falar de continuidade no processo de desenvolvimento é um aspecto relativamente novo na definição de desenvolvimento, introduzido pela abordagem bioecológica. Assim, é diferente dizer “processo contínuo” ou “continuidade e mudança”, pois continuidade refere-se ao que é estável, uma vez que há aquisições do desenvolvimento que se estabilizam e permanecem. Esta perspectiva não era conhecida por todos os participantes, mas foi considerada importante e adequada.

No trecho “*O período pré natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo*” houve discussão sobre o uso da expressão “os primeiros anos de vida”, sendo questionado como dimensionar esses primeiros anos. Considerou-se que a definição de desenvolvimento infantil deve abranger todo o período da infância, o que pode ser considerado como dos zero aos 12 anos, que é a definição legal da infância em nosso país (Brasil, 1990). Optou-se por utilizar *anos iniciais* para denotar estes primeiros anos de vida e deixar de forma mais geral por existirem estudos

que mostram a importância tanto do primeiro, segundo e terceiro ano de vida.

Nesse mesmo trecho também foi bastante discutida a utilização da palavra *alicerce*, uma vez que o *alicerce* denota apenas o positivo e os primeiros anos de vida podem ser tanto positivos como negativos, a depender das condições a que a criança está exposta. Decidiu-se por substituir por *decisivos*, para reforçar a ideia de que as experiências vividas nessa etapa inicial da vida marcam e impactam por todo o restante da vida. Este trecho foi então modificado para “*O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento*”.

Um dos aspectos mais discutidos no grupo foi sobre o papel do cuidado no desenvolvimento da criança, considerando a importância de inclui-lo na definição, de forma a garantir o componente ambiental na consecução do desenvolvimento. Inicialmente, foi apontado que no trecho: “*O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta*”, o emprego da palavra “todo” remete exclusivamente ao cuidado toda a responsabilidade pelo desenvolvimento infantil. Isso foi avaliado como inadequado, pois há situações em que, por mais esforço que a família faça para a promoção do desenvolvimento infantil, haverá outros fatores que também irão influenciar esse processo. Discutindo a importância do cuidador, do vínculo da criança com o cuidador e do papel das interações concluiu-se que tais conceitos ficariam claros na expressão “*cuidado responsivo*”. Chegou-se então à elaboração e substituição do trecho anterior por: “*O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento*”.

O trecho: “*As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades*” foi retirado por entender-se que esse conteúdo estava contemplado nos demais trechos.

Ao final da discussão, foi validada pelo grupo a seguinte definição:

O Desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudança nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento.

7.3 DISCUSSÃO

A opção de validação do conceito em um grupo focal foi fundamental para o refinamento do conceito proposto, uma vez que permitiu discutir cada aspecto apontado e definir com o próprio grupo qual seria a mudança necessária. Isso fica evidente quando analisamos os dados das respostas do questionário entregue no início do grupo focal, em que alguns pontos são abordados superficialmente, sendo apenas citados e ao serem discutidos no grupo possibilitou explorá-lo melhor e chegar a um consenso sobre as mudanças necessárias. Por exemplo, duas pessoas haviam questionado sobre o papel da criança ativa no desenvolvimento, mas somente após a discussão que conseguimos definir como apresentar isso na definição.

Também notamos que algumas pessoas haviam respondido positivamente nos questionários sem opinarem por mudanças, porém quando o grupo aponta algumas fragilidades da definição isso faz com que estas pessoas revejam suas ideias iniciais e contribuam com a discussão do grupo.

Para a validação de um conceito a seleção de pessoas que tem este fenômeno como objeto de estudo foi importante, pois a definição de um conceito requer um pensamento mais elaborado sobre o assunto. O grupo de peritos selecionados contribuiu muito, uma vez que são profissionais que

trabalham, estudam e pesquisam sobre o tema, sendo a grande maioria com publicações no assunto. Os apontamentos e as discussões surgidas no grupo focal foram ao encontro das discussões e dúvidas já levantadas pela pesquisadora e que foram esclarecidas no grupo.

Ao final, a definição proposta para o conceito de desenvolvimento infantil se tornou mais clara e abrangente, buscando expressar toda a magnitude do fenômeno e considerando todos os fatores que o compõe, desde os fatores que o antecedem, seus atributos e consequências, além de ser operacional para todos os profissionais que tenham como foco de suas ações o DI.

A definição proposta busca apresentar fatores que não são explorados em outras definições como o fato da criança ser ativa no seu processo de desenvolvimento e o cuidado como fator central deste processo.

Esta definição poderá subsidiar as classificações de enfermagem na elaboração de diagnósticos, intervenções e resultados voltados para o desenvolvimento infantil.

*Revisão e análise dos
diagnósticos sobre
desenvolvimento da NANDA-I*

8.0 REVISÃO E ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SOBRE DESENVOLVIMENTO DA NANDA-I

A partir do estudo de Souza e Veríssimo (2013) e da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil, os diagnósticos de enfermagem do domínio 13 da NANDA-I que abordam o desenvolvimento infantil foram revisados e submetidos à análise de seu conteúdo por juízes, enfermeiros especialistas, mestres ou doutores, com experiência de pelo menos um ano na área de saúde da criança.

8.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, apresenta-se a revisão dos diagnósticos, elaborada segundo os passos recomendados (NANDA-I, 2010). A elaboração das definições, características definidoras e fatores relacionados tomou por base a literatura utilizada na pesquisa de análise de conceito. As proposições de enunciados diagnósticos e seus componentes foram então submetidos à análise por juízes.

8.1.1 Revisão dos diagnósticos da NANDA-I

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA-I “Atraso no crescimento e no desenvolvimento” e “Risco de atraso no desenvolvimento” (NANDA-I, 2013) foram revisados e um novo diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde foi proposto.

O trabalho de Souza e Veríssimo (2003) apresenta a justificativa das mudanças propostas (anexo 2), assim como o embasamento teórico para as revisões está explícito nos capítulos da análise de conceito do termo desenvolvimento infantil. Portanto, será apresentada, a seguir, apenas a revisão dos diagnósticos.

- **Revisão do diagnóstico de enfermagem: Atraso no crescimento e no desenvolvimento**

Foi realizada a revisão deste diagnóstico, com proposição de mudanças no enunciado, na definição, nas características definidoras e nos fatores relacionados. O diagnóstico proposto deverá ser mantido no “Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento” e na “Classe2: Desenvolvimento”, e excluído da “Classe 1: Crescimento”.

Enunciado

Enunciado: Atraso no crescimento e no desenvolvimento.

Enunciado revisado: Atraso no desenvolvimento infantil.

O novo enunciado proposto aborda apenas o fenômeno desenvolvimento infantil, e um novo diagnóstico deverá ser proposto abordando apenas o fenômeno crescimento (Souza, Veríssimo, 2003).

Foi incluído no enunciado o termo *infantil* para delimitar que este é um diagnóstico voltado para a criança, pois o desenvolvimento ocorre por toda a vida, porém, as características apresentadas neste diagnóstico estão relacionadas somente à criança.

Definição

Definição: Desvios em relação aos padrões do grupo etário.

Definição revisada: Criança classificada em situação de atraso no desenvolvimento, segundo escala de avaliação de desenvolvimento adotada como referência.

Considera-se necessário, para definir que a criança apresenta algum atraso no desenvolvimento, que seja feita uma avaliação de seu desenvolvimento utilizando uma escala ou teste de avaliação de desenvolvimento infantil que permita verificar o atraso. Existem diversas escalas que podem ser utilizadas para esta avaliação, e como a classificação

da NANDA-I é proposta para ser utilizada mundialmente, cada local deve utilizar a escala adotada como referência para sua população.

Características definidoras

Todas as características definidoras do diagnóstico foram modificadas, ou excluídas, e foi proposto um novo conjunto de características definidoras, conforme quadro 01, tendo em vista adequação ao diagnóstico.

Quadro 01 –Características definidoras propostas para a revisão do diagnóstico Atraso no crescimento e desenvolvimento.

(continua)

Características definidoras	Justificativa
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário	<p>O que será identificado na criança é a dificuldade e a incapacidade em desempenhar alguma habilidade típica para a idade atual da criança. Pode-se considerar esta característica definidora quando houver incapacidade ou dificuldade no desempenho de atividades relativas a várias áreas do desenvolvimento, ou apenas a alguma área específica. No caso de limitar-se a uma área, considera-se como característica definidora uma das seguintes descritas.</p> <p>Esta característica definidora substituiu as anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atraso em desempenhar habilidades típicas do grupo etário</i> - <i>Dificuldade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário</i> - <i>Incapacidade de desempenhar atividades de autocontrole apropriadas à idade</i> - <i>Incapacidade de realizar atividades de autocuidado apropriadas à idade</i>
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades motoras típicas do grupo etário	A dificuldade ou incapacidade pode ser apenas quanto ao desempenho de atividades da área motora.

(continuação)

Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades psicossociais típicas do grupo etário	A dificuldade ou incapacidade pode ser apenas quanto ao desempenho de atividades na área psicossocial.
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades na linguagem típicas do grupo etário	A dificuldade ou incapacidade pode ser apenas na linguagem.
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades cognitivas típicas do grupo etário	A dificuldade ou incapacidade pode ser apenas em desempenhar atividades cognitivas.

(conclusão)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

As características definidoras *afeto embotado, crescimento físico alterado, desatenção e tempo de reação diminuída* foram excluídas, pois são sinais restritos, sem alcance para caracterizar o desenvolvimento infantil.

Fatores relacionados

O diagnóstico revisado apresenta fatores relacionados por ser um diagnóstico real. Todos os fatores relacionados do diagnóstico foram modificados, ou excluídos, pois foram considerados inespecíficos, pouco claros, ou inadequados. Os fatores propostos foram agrupados segundo dimensões do contexto bioecológico, para facilitar sua identificação, conforme quadro 02.

Quadro 02- Fatores relacionados propostos para a revisão do diagnóstico de enfermagem Atraso no crescimento e desenvolvimento

(continua)

Fatores relacionados propostos	Justificativa
Fatores intrínsecos da criança Doenças Distúrbios genéticos Distúrbios congênitos Distúrbios sensoriais Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade) Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	Foi proposto o agrupamento de fatores intrínsecos à condição física e fisiológica da criança, potencialmente relacionados a atraso no DI, substituindo o fator relacionado anterior: <i>-Consequências de incapacidade física</i>
Aspectos relacionados com a gestação Uso de medicações na gestação Uso de tabaco na gestação Uso de álcool na gestação Uso de drogas na gestação Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados) Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse) Doença materna Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente	Incluídos fatores da gestação que influenciam o desenvolvimento infantil

(continuação)

<p>Aspectos de cuidado</p> <p>Ausência de vínculo</p> <p>Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)</p> <p>Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)</p> <p>Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado</p> <p>Institucionalização</p> <p>Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)</p> <p>Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)</p> <p>Falta de apoio de profissional de saúde</p>	<p>Foram agrupados e descritos com maior especificidade aspectos relacionados ao cuidado que a criança recebe e ao contexto em que está inserida, que substituíram os fatores relacionados anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuidado inadequado</i> - <i>Deficiências ambientais</i> - <i>Deficiências de estimulação</i> - <i>Múltiplos cuidadores</i> - <i>Separação de pessoas significativas</i>
<p>Condições socioeconômicas</p> <p>Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)</p> <p>Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso à rede de apoio, etc)</p>	<p>Incluídos fatores socioeconômicos que influenciam o DI</p>

(conclusão)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Os fatores relacionados: *dependência prescrita, indiferença e responsividade inconsistente* foram retirados por serem pouco esclarecedores.

- **Revisão do diagnóstico de enfermagem: Risco de atraso no desenvolvimento.**

O DE “Risco de atraso no desenvolvimento” foi revisado, com propostas de mudanças no enunciado, na definição e nos fatores de risco. Deverá ser mantido no “Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento” e na “Classe 2: Desenvolvimento”.

Enunciado

Enunciado: Risco de atraso no desenvolvimento

Enunciado revisado: Risco de atraso no desenvolvimento infantil

Proposta a inclusão do termo infantil, por ser um diagnóstico específico para a criança, uma vez que há os fatores de risco específicos para o desenvolvimento infantil.

Definição

Definição atual: Risco de atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas.

Definição proposta: Risco de apresentar atraso no desenvolvimento devido exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento.

O que irá definir o diagnóstico de risco de atraso no desenvolvimento infantil será a exposição da criança a situações que podem interferir negativamente neste desenvolvimento e não é possível mensurar

percentualmente, ou de qualquer outra forma, quanto atraso a exposição ao fator de risco poderia produzir.

Fatores de risco

Diagnósticos de risco apresentam fatores de risco que são os fatores que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento insalubre (NANDA-I, 2010). Assim como no diagnóstico real, todos os fatores de risco deste diagnóstico foram modificados ou excluídos, e foram agrupados segundo dimensões do contexto bioecológico, para facilitar sua identificação, conforme quadro 03.

Quadro 03- Fatores de risco propostos para a revisão do diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento

(continua)

Fatores de risco	Justificativa
Fatores intrínsecos da criança Doenças Distúrbios genéticos Distúrbios congênitos Distúrbios sensoriais Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade) Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer Ser classificada como risco para o desenvolvimento segundo escala de avaliação padronizada	Foram organizados os fatores intrínsecos próprios do período infantil e excluídos fatores característicos de risco em outras idades, ou fatores que não se relacionam diretamente a risco, substituindo os fatores de risco anteriores: <i>Individuais</i> <i>Abuso de substâncias</i> <i>Convulsões</i> <i>Dependente de tecnologia</i> <i>Efeitos adversos relacionados ao tratamento (p. ex. quimioterapia, radioterapia, medicamentos)</i> <i>Fracasso para desenvolver-se</i> <i>Nutrição inadequada</i> <i>Otite média frequente</i> <i>Lesão cerebral (p. ex. hemorragia no período pós-natal, síndrome do bebê</i>

(continuação)

	<p><i>sacudido, abuso, acidente)</i></p> <p><i>Prejuízo da visão Prejuízo de audição</i></p> <p><i>Transtornos de comportamento</i></p> <p><i>Envenenamentos por chumbo</i></p> <p><i>Teste para detecção de substância positivo</i></p>
<p>Aspectos relacionados à gestação</p> <p>Uso de medicações na gestação</p> <p>Uso de tabaco na gestação</p> <p>Uso de álcool na gestação</p> <p>Uso de drogas na gestação</p> <p>Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)</p> <p>Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)</p> <p>Doença materna</p> <p>Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente</p>	<p>Os novos fatores de risco substituem os anteriores:</p> <p>Pré natais</p> <p><i>Abuso de substâncias</i></p> <p><i>Analfabetismo</i></p> <p><i>Cuidado pré-natal ausente</i></p> <p><i>Cuidado pré-natal insatisfatório</i></p> <p><i>Cuidado pré-natal tardio</i></p> <p><i>Distúrbios genéticos</i></p> <p><i>Distúrbios endócrinos</i></p> <p><i>Infecções</i></p> <p><i>Nutrição inadequada</i></p>
<p>Aspectos de cuidado</p> <p>Ausência de vínculo</p> <p>Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)</p> <p>Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)</p>	<p>Foram detalhados aspectos do cuidado que a criança recebe e do contexto em que está inserida. Substituiu os fatores de risco anteriores:</p> <p>Pré natais</p> <p><i>Gravidez não desejada</i></p> <p><i>Gravidez não planejada</i></p>

(continuação)

Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado Institucionalização Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares) Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc) Falta de apoio de profissional de saúde	<i>Idade materna inferior a 15 anos</i> <i>Idade materna superior a 35 anos</i> Do cuidador <i>Abuso</i> <i>Dificuldade de aprendizagem</i> <i>Doença mental</i> <i>Grave incapacidade de aprendizagem</i> Individuais <i>Criança adotada</i> <i>Criança em instituição infantil</i> <i>Desastre natural</i>
Condições socioeconômicas Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego) Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)	Incluídos fatores socioeconômicos que influenciam no DI, em complementação aos fatores anteriores, e excluída violência, incluída no grupo de aspectos de cuidado Ambientais <i>Economicamente desfavorecido</i> <i>Violência</i>

(conclusão)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

- **Proposta do diagnóstico de enfermagem: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado**

Foi proposto um diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde, inexistente na NANDA-I até o momento. O diagnóstico de promoção é um

julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, de aumentar o bem estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme expresso na disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, que pode ser usada em qualquer estado de saúde (NANDA-I, 2013).

Justifica-se a criação do diagnóstico de promoção, uma vez que a vigilância do desenvolvimento infantil é uma intervenção própria do acompanhamento de saúde da criança, que demanda ações de educação em saúde para sua manutenção e promoção. Assim, esse diagnóstico é fundamental para a ação do enfermeiro, que tem como uma de suas funções na atenção à criança a promoção do desenvolvimento infantil.

O diagnóstico deverá ser incluído no “Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento” e na “Classe 2: Desenvolvimento”.

Enunciado

Enunciado proposto: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado

O diagnóstico proposto atendeu às orientações da NANDA-I para o enunciado de um diagnóstico de promoção da saúde que determina a estrutura: “Disposição para (...) aumentado/melhorado” (NANDA-I, 2013, p.573).

Definição

Definição proposta: Um padrão de cuidado que é suficiente para apoiar/promover o processo de desenvolvimento da criança e pode ser fortalecido/reforçado.

Dadas as características do fenômeno desenvolvimento, para definir um diagnóstico de promoção para o desenvolvimento infantil, verificou-se ser necessário que a criança receba um cuidado que seja suficiente para apoiar este processo e que deve ser fortalecido.

Características definidoras

Diagnósticos de promoção da saúde apresentam características definidoras que são os indícios encontrados para que se possa identificar aquele diagnóstico.

No quadro 04 estão apresentadas as características definidoras propostas para este diagnóstico e sua justificativa.

Quadro 04: Características definidoras propostas para o diagnóstico: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado

(continua)

Características propostas	Justificativas
Evidência de vínculo da criança com o cuidador	O vínculo da criança com o cuidador é fundamental para a promoção do DI, dado que a segurança emocional que o vínculo fornece é a base para a constituição psíquica da criança.
Necessidades da criança atendidas	Mediante o atendimento de suas necessidades, a criança desenvolve a confiança no cuidador, fator crucial para seu desenvolvimento.
Ambiente familiar favorável ao desenvolvimento	O ambiente familiar favorável é importante para a promoção do DI, por ser o primeiro local em que a criança estabelece o relacionamento.
Condições econômicas favoráveis	Muitos estudos apontam que crianças em condições econômicas favoráveis têm melhor desenvolvimento.
Contexto social adequado	O contexto social é fundamental para o DI, compondo o quadro do modelo bioecológico.
Apoio de profissional de saúde	O apoio de profissionais de saúde tem sido apontado nos estudos como promotor do DI. Os profissionais promovem o desenvolvimento da criança ao orientarem, avaliarem e apoiarem as ações da família e cuidadores.

(continuação)

Interação com os pais	A interação com os pais é fundamental para o DI, as interações que ocorrem na família serão a base para o fortalecimento das relações desta criança.
Crescimento adequado	O crescimento adequado é um sinal de cuidados apropriados especialmente quanto à nutrição, fator indispensável à constituição dos sistemas que orgânicos que garantem as bases fisiológicas do desenvolvimento. Crescimento e desenvolvimento são fenômenos que ocorrem interligados e afetam-se mutuamente.
Criança amamentada	A amamentação é um fator protetor do DI, tanto pelo vínculo e interação mãe/filho, quanto pela nutrição que a amamentação proporciona.
Apoio dos cuidadores para vivenciar situações de estresse (entrada na creche, hospitalização, mudanças familiares, etc)	Ter o apoio dos cuidadores no enfrentamento de situações estressantes evita o estresse tóxico e favorece a criança alcançar novos níveis de habilidades e capacidades.

(conclusão)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

8.1.2. Análise do conteúdo dos diagnósticos revisados

Após a análise de conceito e revisão dos diagnósticos, a próxima etapa para sua validação é a avaliação por juízes ou especialistas (NANDA-I, 2010). Isso proporciona maior consistência aos diagnósticos, antes de seu teste na população, garantindo assim maior potencial de adequação e aspectos éticos, como a beneficência e não maleficência na pesquisa clínica.

Assim, foi elaborado um questionário para análise do título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem revisados (apêndice I). O instrumento foi elaborado buscando a concordância dos juízes, sendo colocadas três

alternativas de respostas: “concorda”; “concorda parcialmente” e “não concorda”, também foi deixado um espaço para possíveis comentários. O instrumento foi então apreciado no grupo de pesquisa Cuidado à Saúde Infantil, para acerto de linguagem e organização do conteúdo.

A coleta de dados ocorreu em um evento da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, o V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, realizado em Gramado, RS, em outubro de 2013. O evento foi escolhido por considerar que haveria um grande número de profissionais que atendessem aos critérios de inclusão, e o retorno seria mais rápido. A coleta de dados foi autorizada pela Presidente do Congresso (anexo 3) e foram distribuídos 100 questionários, juntamente com uma carta convite (apêndice J), uma síntese da proposta (apêndice K) e o TCLE (apêndice J). A pesquisadora fez uma apresentação breve dos objetivos em dois minicursos pré-evento e foram feitos contatos individuais com os participantes do congresso para entrega dos questionários.

Do total de 100 questionários distribuídos, retornaram apenas 16. Buscando ampliar o número de sujeitos, foram enviados via mensagem eletrônica para aproximadamente 40 enfermeiros cadastrados em um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado da Saúde Infantil, com retorno de 04 questionários. Na análise final, houve 20 questionários sendo que dois foram excluídos, um por estar incompleto e outro pelo tempo de experiência do respondente ser menor do que um ano.

Para a análise dos resultados, utilizou-se a porcentagem de concordância, que é uma forma simples de se calcular a concordância entre os juízes (Alexandre, Coluci, 2011). Neste estudo, consideramos 80% de concordância.

Os resultados foram discutidos em um grupo focal, com membros do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde Infantil, para análise das discordâncias e sugestões apresentadas.

8.2 RESULTADOS

Foram analisados 18 questionários quanto à concordância com os enunciados diagnósticos, suas definições, características e fatores relacionados. Inicialmente, será apresentada a caracterização dos sujeitos e, após, a análise de cada proposta diagnóstica.

No grupo focal, todo o conteúdo dos diagnósticos foi também revisto, e foram discutidas as sugestões e questionamentos apontados nos questionários, até obtenção de consenso.

8.2.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram 18 enfermeiros, sendo apenas um do sexo masculino. A média de idade foi de 36 anos. Foram representados cinco estados do país: São Paulo (13 participantes); Minas Gerais (02), Mato Grosso do Sul (01), Paraná (01) e Ceará (01). O tempo de formado variou de um ano a mais de 15 anos, representado no gráfico 01.

Gráfico 01: Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo tempo de formados.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Quanto à qualificação profissional, 14 profissionais apresentavam especialização, nas áreas de Saúde Pública, UTI neonatal, Gestão de Organização Pública, cardiologia ou pediatria. Doze pessoas tinham

mestrado e quatro pessoas doutorado. Duas pessoas cursavam residência em pediatria.

O tempo de atuação com saúde da criança também variou bastante, como mostra o gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição dos participantes segundo tempo de atuação em saúde da criança.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Cinco pessoas atuavam na área hospitalar e quatro em instituições de ensino; as demais atuavam em mais de um local, sendo duas na atenção básica e instituições de ensino; duas na área hospitalar e atenção básica; quatro na área hospitalar e instituição de ensino e uma pessoa referiu atuar na atenção básica, instituição de ensino e área hospitalar.

Quanto às experiências em saúde da criança, 14 tinham publicações em pediatria, 17 referiram fazer avaliação do DI em sua prática profissional e 16 utilizavam diagnósticos de enfermagem na sua atuação. O gráfico 03 apresenta as classificações de enfermagem que os participantes referiram usar.

Grafico 03: Distribuição dos participantes segundo classificações de enfermagem utilizadas em sua prática profissional.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Os dados dos questionários, após analisados, foram discutidos em um grupo focal realizado no dia 16/12/2013 no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil, com duração de 1 hora e 20 minutos. Participaram oito enfermeiros, sendo cinco mestres e três doutores. A seguir, apresentam-se os resultados da avaliação de cada diagnóstico revisado.

8.2.2 Diagnóstico de Enfermagem: Atraso no crescimento e desenvolvimento

A tabela 02 apresenta as respostas dos peritos com relação ao enunciado e definição proposta.

Tabela 02– Concordância dos juízes quanto ao enunciado e definição do diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”.

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concorda	
	N	%	N	%	N	%
Título: Atraso no desenvolvimento infantil	17	94,4	01	5,6	0	0
Definição Criança classificada em situação de atraso no desenvolvimento segundo escala de avaliação de desenvolvimento adotada como referência.	16	89,9	02	11,1	0	0

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

O título e a definição proposta tiveram um alto índice de concordância, sendo ambos maiores do que 80% e nenhuma discordância. Apenas uma pessoa sugeriu que fosse utilizado outro termo como julgamento. Na discussão grupal, optou-se por manter o termo atraso, por ser um termo já aprovado pela NANDA-I e por ser um diagnóstico a ser utilizado somente a partir de uma avaliação na qual a criança será classificada em atraso. Uma pessoa sugeriu retirar a palavra “classificada” da definição, mas foi mantida por considerar-se a definição mais clara dessa forma.

A validação das características definidoras também teve concordância acima de 80%, exceto a característica “*Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário*” (tabela 03). Para os que concordaram parcialmente, ou discordaram, a justificativa foi que tal característica seria desnecessária, por estar incluída nas demais características definidoras. Na discussão do grupo focal, porém, considerou-se pertinente mantê-la, uma vez que poderá ser utilizada uma escala que não tenha a divisão por áreas para classificar o atraso de desenvolvimento, ou ainda, podem ser utilizadas escalas que apresentem outras dimensões do desenvolvimento, como uma escala de desenvolvimento funcional, ou de atividades de vida diária.

Tabela 03 – Concordância dos juízes quanto às características definidoras propostas para o diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”.

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concorda	
	N	%	N	%	N	%
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário	13	72,2	04	22,2	01	5,6
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades motoras típicas do grupo etário	17	94,4	01	5,6	0	0
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades psicossociais típicas do grupo etário	16	88,9	02	11	0	0
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades na linguagem típicas do grupo etário	17	94,4	01	5,6	0	0
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades cognitivas típicas do grupo etário	17	94,4	01	5,6	0	0

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Dos fatores relacionados propostos, apenas um teve concordância inferior a 80% (tabela 04), com apenas uma discordância. Não foi apresentada justificativa para tal discordância. Considerando que há evidências de que o crescimento inadequado pode ocasionar atraso no desenvolvimento, esse fator foi mantido (Brasil, 2013).

Tabela 04 – Concordância dos juízes quanto aos fatores relacionados propostos para o diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil”

(continua)

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concordo	
	N	%	N	%	N	%
Fatores intrínsecos da criança:						
Doenças	17	94,4	01	5,6	0	0
Distúrbios genéticos	18	100	0	0	0	0
Distúrbios congênitos	18	100	0	0	0	0

					continuação	
Distúrbios sensoriais	17	94,4	0	0	01	5,6
Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)*	12	70,6	04	23,5	01	5,9
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer*	14	82,3	02	11,8	01	5,9
Aspectos relacionados à gestação						
Uso de medicações na gestação	16	88,9	02	11,1	0	0
Uso de tabaco na gestação	17	94,4	01	5,6	0	0
Uso de álcool na gestação	16	88,9	02	11,1	0	0
Uso de drogas na gestação	16	88,9	02	11,1	0	0
Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)	17	94,4	01	5,6	0	0
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	16	88,9	02	11,1	0	0
Doença materna	15	83,3	03	16,7	0	0
Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente	17	94,4	01	5,6	0	0
Aspectos de cuidado						
Ausência de vínculo*	15	88,2	02	11,8	0	0
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)*	17	100	0	0	0	0
Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)*	17	100	0	0	0	0
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado*	14	82,3	03	17,7	0	0
Institucionalização*	15	88,2	02	11,8	0	0
Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)*	16	94,1	01	5,9	0	0
Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)*	16	94,1	01	5,9%	0	0

							continuação	
Falta de apoio de profissional de saúde*							15	88,2 02 11,8 0 0
Condições socioeconômicas								
Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)*							15	88,2 02 11,8 0 0
Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)*							17	100 0 0 0 0
(conclusão)								

* para estas características, o número de respostas soma 17, pois houve uma resposta em branco.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Todas as sugestões e comentários foram discutidos no grupo focal, sendo consideradas pertinentes as seguintes: acrescentar ao fator relacionado “*Ausência de vínculo*” a palavra cuidador; juntar em um único fator relacionado “*Uso de álcool na gestação*” e “*Uso de drogas na gestação*”.

Alguns juízes comentaram que seria importante um novo diagnóstico voltado para o crescimento, uma vez que ele foi excluído neste novo diagnóstico.

O quadro 05 apresenta a proposta final do diagnóstico de enfermagem “Atraso no desenvolvimento infantil” de acordo com o modelo da NANDA-I:

Quadro 05: Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Atraso no desenvolvimento infantil”**Atraso no desenvolvimento infantil***Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento**Classe 2: Desenvolvimento*

Definição Criança classificada em situação de atraso no desenvolvimento segundo escala de avaliação de desenvolvimento adotada como referência.

Características definidoras

- Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário
- Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades motoras típicas do grupo etário
- Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades psicossociais típicas do grupo etário
- Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades na linguagem típicas do grupo etário
- Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades cognitivas típicas do grupo etário

Fatores relacionados**Fatores intrínsecos da criança**

- Doenças
- Distúrbios genéticos
- Distúrbios congênitos
- Distúrbios sensoriais

- Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)
- Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer

Aspectos relacionados à gestação

- Uso de medicações na gestação
- Uso de tabaco na gestação
- Uso de álcool e drogas na gestação
- Exposição a poluentes ambientais (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)

- Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)
- Doença materna
- Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente

Aspectos de cuidado

- Ausência de vínculo com o cuidador
- Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)
- Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)
- Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado
- Falta de apoio de profissional de saúde

- Institucionalização
- Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, entrada na creche, hospitalização, mudanças familiares)
- Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)
- Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)

Condições socioeconômicas

- Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

8.2.3 Diagnóstico de Enfermagem: Risco de atraso no desenvolvimento

O título, definição e fatores de risco do diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento infantil foram avaliados.

O título e a definição tiveram concordância maior que 80%. Foi sugerido incluir o termo infantil na definição e retirar a palavra *apresentar*, sugestões consideradas pertinentes na discussão do grupo.

Foi sugerido por um juiz retirar o termo infantil do título, para que o diagnóstico pudesse incluir também os adolescentes. Porém, o foco do diagnóstico não inclui os adolescentes, sendo necessário outro estudo sobre um diagnóstico específico. A tabela 05 apresenta a concordância dos juízes quanto ao título e definição.

Tabela 05 – Concordância dos juízes quanto ao título e definição do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concorda	
	N	%	N	%	N	%
Título: Risco de atraso no desenvolvimento infantil	17	94,4	0	0	01	5,6
Definição: Risco de apresentar atraso no desenvolvimento devido exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento*	15	88,2	02	11,8	0	0

* para este item, o número de respostas soma 17, pois houve uma resposta em branco.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Todos os fatores de risco tiveram concordância superior a 80%. Foram sugeridas as mesmas alterações dos fatores relacionados do diagnóstico anterior: acrescentar ao fator relacionado “*Ausência de vínculo*” a palavra cuidador, e juntar em um único fator de risco “*Uso de álcool na gestação*” e “*Uso de drogas na gestação*”.

A tabela 06 apresenta a concordância dos juízes quanto aos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”

Tabela 06 – Concordância dos juízes quanto às mudanças nos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”

(continua)

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concordo	
	N	%	N	%	N	%
Fatores intrínsecos da criança:						
Doenças	18	100	0	0	0	0
Distúrbios genéticos	17	94,4	01	5,6	0	0
Distúrbios congênitos	18	100%	0	0	0	0
Distúrbios sensoriais	18	100%	0	0	0	0
Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)	18	100%	0	0	0	0
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	18	100	0	0	0	0
Ser classificada como risco para o desenvolvimento segundo escala de avaliação padronizada	18	100	0	0	0	0
Aspectos relacionados com a gestação						
Uso de medicações na gestação	17	94,4	01	5,6	0	0
Uso de tabaco na gestação	17	94,4	01	5,6	0	0
Uso de álcool na gestação	18	100	0	0	0	0
Uso de drogas na gestação	16	88,9	02	11,1	0	0
Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)	16	88,9	02	11,1	0	0
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	17	94,4	01	5,6	0	0
Doença materna	16	88,9	02	11,1	0	0
Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente	18	100	0	0	0	0

continuação						
Aspectos de cuidado						
Ausência de vínculo	16	88,9	02	11,1	0	0
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	18	100	0	0	0	0
Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)	18	100	0	0	0	0
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	17	94,4	01	5,6	0	0
Institucionalização	16	88,9	02	11,1	0	0
Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)*	17	100	0	0	0	0
Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)	16	88,9	02	11,1	0	0
Falta de apoio de profissional de saúde	17	94,4	01	5,9	0	0
Condições socioeconômicas						
Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)	17	94,4	01	5,6	0	0
Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)	18	100	0	0	0	0

(conclusão)

* para estas características, o número de respostas soma 17, pois houve uma resposta em branco.

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

O quadro 06 apresenta a proposta final do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” de acordo com o modelo da NANDA-I:

Quadro 06: Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”**Risco de atraso no desenvolvimento infantil***Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento**Classe 2: Desenvolvimento***Definição:** Risco de atraso no desenvolvimento infantil devido exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento.**Fatores relacionados****Fatores intrínsecos da criança**

- Doenças
- Distúrbios genéticos
- Distúrbios congênitos
- Distúrbios sensoriais
- Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer
- Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)
- Ser classificada como risco para o desenvolvimento segundo escala de avaliação padronizada

Aspectos relacionados à gestação

- Uso de medicações na gestação
- Uso de tabaco na gestação
- Uso de álcool e drogas na gestação
- Exposição a poluentes ambientais (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)
- Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)
- Doença materna
- Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente

Aspectos de cuidado

- Ausência de vínculo com o cuidador
- Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)
- Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)
- Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado
- Institucionalização
- Falta de apoio de profissional de saúde
- Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)
- Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente com o cuidador, etc)

Condições socioeconômicas

- Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)
- Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

8.2.4 Diagnóstico de Enfermagem: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado

A proposta de um novo diagnóstico voltado para a promoção do desenvolvimento infantil foi apresentada e teve concordância baixa em relação ao título e definição, porém, nos comentários, nota-se que é um diagnóstico considerando relevante. A baixa concordância deveu-se à falta de familiaridade com a terminologia da NANDA-I uma vez que foram questionados os termos *disposição* e *um padrão de cuidado*, usados por orientação da taxonomia. Apenas uma pessoa comentou que a definição está alinhada com as proposições da NANDA-I, e esta foi uma das que concordou com o DE proposto.

Três juízes consideraram desnecessária a palavra *suficiente* na definição, o que foi considerado adequado no grupo focal.

A tabela 07 apresenta os resultados quanto a proposta de definição e título do novo diagnóstico.

Tabela 07 – Concordância dos juízes quanto à proposta de título e definição do diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concorda	
	N	%	N	%	N	%
Título: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado	11	61,1	06	33,3	01	5,6
Definição Um padrão de cuidado que é suficiente para apoiar/promover o processo de desenvolvimento da criança e pode ser fortalecido/reforçado	11	61,1	06	33,3	01	5,6

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Quanto à validação das características definidoras propostas para este D.E., três tiveram índice de concordância inferior a 80%, porém muito próximo deste valor, sendo as demais concordâncias parciais. Três pessoas sugeriram incluir a palavra favorável na característica “*Interação com os*”

pais” o que foi considerado pertinente. A amamentação também foi questionada como fator de proteção, mas há evidências dessa relação e foi mantido no grupo focal. A tabela 08 apresenta os resultados sobre a concordância dos juízes quanto às características definidoras propostas para o diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”.

Tabela 08 – Concordância dos juízes quanto às características definidoras propostas para o diagnóstico “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”

Item avaliado	Resultado					
	Concorda		Concorda Parcialmente		Não concordo	
	N	%	N	%	N	%
Evidencia de vínculo da criança com o cuidador	18	100	0	0	0	0
Necessidades da criança atendidas	17	94,4	01	5,6	0	0
Ambiente familiar favorável ao desenvolvimento	17	94,4	01	5,6	0	0
Condições econômicas favoráveis	15	83,3	02	11,1	01	5,6
Contexto social adequado	16	88,9	02	11,1	0	0
Apoio de profissional de saúde	17	94,4	01	5,6	0	0
Interação com os pais	14	77,8	04	22,2	0	0
Crescimento adequado	17	94,4	01	5,6	0	0
Criança amamentada	14	77,8	04	22,2	0	0
Apoio dos cuidadores para vivenciar situações de estresse (entrada na creche, hospitalização, mudanças familiares, etc)	14	77,8	04	22,2	0	0

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

O quadro 07 apresenta a proposta final do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado” de acordo com o modelo da NANDA-I:

Quadro 07: Proposta final do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento infantil melhorado”**Disposição para desenvolvimento infantil melhorado***Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento**Classe 2: Desenvolvimento*

Definição Um padrão de cuidado que apoie/promova o processo de desenvolvimento da criança e pode ser fortalecido/reforçado.

Características definidoras

• Evidência de vínculo da criança com o cuidador	• Apoio de profissional de saúde
• Necessidades da criança atendidas	• Interação com os pais favorável
• Ambiente familiar favorável ao desenvolvimento	• Crescimento adequado
• Condições econômicas favoráveis	• Criança amamentada
• Contexto social adequado	• Ter apoio dos cuidadores para vivenciar situações de estresses (entrada na creche, hospitalização, mudanças familiares, etc)

Fonte: Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

8.3 DISCUSSÃO

A análise de conceito do termo desenvolvimento infantil segundo o Modelo Híbrido forneceu subsídios para a revisão dos diagnósticos já existentes na NANDA-I e a proposta de um novo diagnóstico voltado para a promoção do desenvolvimento infantil.

Um dos pontos mais frágeis dos estudos de validação tem sido a seleção dos enfermeiros especialistas (Chaves, Carvalho, Rossi, 2008). Conforme já discutido no referencial metodológico, nos estudos de validação de diagnóstico, Fehring (1987) é uma referência amplamente utilizada na enfermagem e propõe que a titulação mínima de um perito deve ser mestre. Considerando todas as dificuldades já apontadas em pesquisas

anteriores em encontrar os peritos definiu-se como critério para seleção de juízes serem profissionais que atuassem na área de saúde da criança e tivessem no mínimo especialização como formação. Esse critério, contudo, excluiu a participação de pessoas que poderiam trazer contribuições valiosas por terem conhecimento no assunto e experiência clínica, mas que não possuíam titulação necessária para ser incluída na pesquisa.

O formato de instrumento de coleta de dados foi considerado positivo quando discutido no grupo de pesquisa, pois permitiu ao respondente consultar o diagnóstico que estava sendo revisado para esclarecer dúvidas e até mesmo comparar com a nova proposta.

Os diagnósticos revisados têm uma abrangência maior do fenômeno desenvolvimento infantil, incluindo fatores relacionados a várias dimensões do contexto, como explica o modelo bioecológico do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, Morris, 2006; Bronfenbrenner, 2011).

Os diagnósticos “Atraso no crescimento e desenvolvimento” e “Risco de atraso no desenvolvimento” foram reformulados para abordar com exclusividade o fenômeno desenvolvimento, uma vez que o fenômeno crescimento, apesar de relacionado diretamente com o desenvolvimento, apresenta definição, características definidoras e fatores relacionados diferentes (Souza, Veríssimo, 2013).

A nova definição do diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil” remete ao uso de uma escala de avaliação de desenvolvimento infantil. Isto vai ao encontro da Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma vez que, anteriormente à fase do diagnóstico de enfermagem, há a fase de coleta de dados, e a apreciação do desenvolvimento demanda o uso de instrumentos específicos. Dessa forma, garante-se que a coleta de dados seja apropriada, o que fortalece a prática da enfermagem.

As características definidoras do diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil” trazem um conjunto de sinais que estarão presentes quando a criança apresentar atraso no desenvolvimento.

A organização dos fatores relacionados do diagnóstico “Atraso no desenvolvimento infantil” e dos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” irá facilitar a relação dos fatores com o diagnóstico. Os fatores de risco foram validados com alto índice de concordância, acima ou próximo de 90%.

A proposta de um diagnóstico de promoção da saúde traz instrumentos para a enfermeira atuar na promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que atuar nesta promoção é fundamental para a criança. Ao avaliar uma criança, a enfermeira pode não encontrar riscos ou atrasos no DI. No entanto, ela dispõe de intervenções para apoiar e promover o DI, o que só poderá incluir no plano de cuidados se elaborar um diagnóstico que justifique tais intervenções. O menor índice de concordância nesse diagnóstico deve ter ocorrido por falta de familiaridade com a nomenclatura utilizada pela taxonomia, uma vez que não houve discordâncias e sim concordâncias parciais com o título e definição, e um alto índice de concordância com as características definidoras.

Os diagnósticos revisados e o diagnóstico proposto poderão contribuir com a NANDA-I com diagnósticos estruturados com maior evidência científica do que os atuais diagnósticos.

SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES

FINAIS

9.0 SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a construção de um conceito de desenvolvimento infantil que contribuirá para a padronização da linguagem de enfermagem e subsidiará as classificações de enfermagem, instrumentalizando o enfermeiro para elaboração de um plano de cuidado de qualidade.

A realização da análise de conceito através do método do Modelo Híbrido foi crucial para a elaboração de um conceito que contemplasse toda a complexidade do fenômeno, uma vez que os dados da revisão de literatura e da fase de campo foram complementares: alguns dados pouco explorados na fase de campo foram detalhados na fase teórica e dados pouco abordados na revisão teórica, como os atributos e consequências do DI, foram descritos pelos profissionais.

A inclusão da fase de campo permite conhecer a concepção dos profissionais a respeito do conceito, no entanto, este método de análise de conceito requer um tempo maior para sua execução, o que pode ser um fator de exclusão deste método como fase inicial da validação de diagnósticos de enfermagem.

A revisão de literatura do termo DI foi bastante difícil, pois o termo não é específico da enfermagem e nem da área da saúde, sendo necessário realizar a busca em diversas bases de dados e portais de informação como educação e ciências comportamentais, o que retornou um número imenso de trabalhos, porém foi um critério fundamental para permitir uma visão mais ampliada do conceito. Para tornar o estudo viável, foi necessário delimitar o tempo da busca em um ano, o que poderia ser um limite do estudo, porém ao observar a qualidade dos estudos pode-se inferir que não foi.

Foi necessário incluir na busca de literatura livros textos para compor os atributos e as definições do conceito, porém a qualidade do conteúdo foi garantida ao selecionar as principais referências utilizadas no ensino de enfermagem pediátrica. Torna-se essencial ter critérios para a

escolha destas referências para que o conteúdo traga contribuições para o estudo.

Na fase de campo, a inclusão de outros profissionais além da enfermagem foi importante uma vez que, neste caso, o conceito estudado é de domínio de outras profissões. A seleção proposital dos sujeitos envolvidos com projeto de capacitação em DI foi importante, pois os participantes estavam sensibilizados no tema. Caso a escolha fosse aleatória, é possível que houvesse mais dificuldade em obter as respostas, mas também pode ter sido um dos limites do estudo, pois as respostas incorporaram conhecimentos discutidos na capacitação e que pode ser diferente dos demais profissionais.

Na fase de campo, emergiu uma nova categoria *É preciso habilidades específicas para apreender o DI na sua complexidade*, evidenciando que a abordagem da enfermagem a este fenômeno precisa ser melhorada desde a fase da coleta de dados, fase anterior ao DE. Isto pode estar relacionado à complexidade de avaliação do fenômeno, que necessita de habilidades e conhecimentos específicos, e também à falta de padronização de instrumentos que subsidiem a atuação do enfermeiro.

A análise de conceito pelo Modelo Híbrido define a realização das fases teórica, de campo e analítica. No entanto, foi realizada a validação da definição do conceito por outros profissionais para que a definição proposta se tornasse mais clara e não representasse apenas a análise da pesquisadora sobre os dados. A escolha do grupo focal como técnica para realizar a validação com peritos foi fundamental, pois proporcionou discussão entre os peritos e o resultado imediato sem requerer nova etapa de análise dos dados e reavaliação pelos peritos. Cabe destacar que os participantes desta etapa eram todos experientes em realização de pesquisa, pois tinham, no mínimo, título de mestre, e vários realizam orientação de estudantes de iniciação científica, em sua atuação como docentes.

A revisão dos diagnósticos de enfermagem já existentes na NANDA-I possibilitou DE mais precisos e com abordagem mais ampla do fenômeno, e a elaboração de um novo diagnóstico voltado para a promoção do DI

ampliara a atuação do enfermeiro na elaboração de um plano de cuidado voltado para a promoção do desenvolvimento infantil.

Selecionar os peritos e alcançar o número recomendado na literatura para realizar a validação dos diagnósticos é apontado por diversas pesquisas como uma das dificuldades encontradas. Neste estudo também foi difícil conseguir o retorno dos sujeitos da pesquisa. Mesmo com a elaboração de um instrumento de coleta de dados menos extenso e utilizado um local para coleta de dados onde permitiria ter acesso a um grande número de possíveis enfermeiros juizes, houve pouco envolvimento dos sujeitos em retornar os instrumentos, o baixo número de juizes pode ser um dos limites do estudo. No entanto a discussão destes resultados no grupo focal permitiu a análise do conteúdo por um grupo de peritos que trouxe contribuições importantes para a proposta final de revisão dos diagnósticos.

Considerando as discussões existentes sobre os modelos de validação e as dificuldades encontradas, o uso do grupo focal com peritos no tema é uma alternativa que pode ser utilizada e possibilitar resultados rápidos e com qualidade.

A definição elaborada será organizada para submissão à CIPE®, como sugestão de substituição do termo foco existente sobre DI; os diagnósticos de enfermagem revisados e analisados por peritos serão submetido para apreciação na NANDA-I para serem incluídos na nova edição.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

Beckwith S, Dickinson A, Kendall S. The “con” of concept analysis. A discussion paper which explores and critiques the ontological focus, reliability and antecedents of concept analysis frameworks. Intern. Journ. Of Nursing Studies. 2008; 45:1831-1841.

Bee H, Boyd D. A criança em desenvolvimento. Trad. de Cristina Monteiro. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Berger KS. O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade. Trad de Dalton Conde de Alencar. Reimpressão –5ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

Braga CG, Cruz DALM. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev Latino-am Enfermagem. 2003 março-abril; 11(2): 240-4.

Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília 16 de jul de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Cadernos da Atenção Básica; 11 – Série A Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acessado em: 08/07/2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série ODM Saúde Brasil; v IV)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília; 2011. (Série I. História da Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento /

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.(Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 8º ed. Editora: Ministério da Saúde. 2013.

Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas;1996.

Bronfenbrenner U. Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damons W, Lerner RM editors. Handbook of child psychology. 6ª ed. New York: Wiley;2006. p. 793-828.

Bronfenbrenner, U. Bioecologia do desenvolvimento humano.Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artemed; 2011.

Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(1):235-240. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>

Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(2):513-520. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>

Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Fracolli LA. O projeto nossas crianças: janelas de oportunidades: possibilidades e limites para a atenção à criança. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP, organizadoras. Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo: NACE-AENSC., 2009. p.13-28.

Conselho Ferderal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN - 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem – SAE- nas instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro; 2002 [citado 2009 dez 14]. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>.

Conselho Ferderal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN - 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009 [citado 2009 dez 14]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.

Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). CIPE Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem. São Paulo: Argol, 2007.

Comission Intersectoria para la promocion del desarrollo psicossocial de la infância. Documento Marco Propuesta preliminar, octubre 1996.

Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Monteiro da Cruz DAL, Rogenski NMB, Sancinetti TR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.p.25-37.

Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2010 jul-ago;18(4):[6 telas].

Cubas MR, Silva SH, Rosso M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): uma revisão de literatura. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2010 [citado 2011 junh 20];12(1):186-94. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>

DallÁgnol CM, Ciampone MHT. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Rev Gauch. Enferm. 1999;20(1):5-25.

Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Trad. de Regina Machado Garcez. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

Fehring, RJ. The Fehring Model. In: Carrol -Johnson RM et al. Calssification of nursing diagnosis: procedins of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

Figueiras ACM; Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primárias à saúde. Cad Saúde Pública. nov-dez 2003;19(6):1691-1699.

Figueiras AC; Souza ICN; Rios VG; Benguigui Y. Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005

Figueiras AC; Souza ICN; Rios VG; Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington: OPAS; Segunda edicion: 2011.

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). Programa de Desenvolvimento Infantil (PDI): sumário executivo.2009

Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul.Enf. 1998;11(3):24-31.

Garcia TR, Nóbrega MML. Teorias de Enfermagem. In: Egry EY, Garcia TR. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010;31-40.

Horta WA. Processo de enfermagem. EDUSP. São Paulo;1979

Gesell A. O ciclo do desenvolvimento da criança. In: A criança do 0 aos 5 anos. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.19-33.

Gomes MES, Barbosa EF. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa 1999 [publicação interna]

Hoskins LM. Clinical Validation Methodologies for Nursing Diagnosis Research. In: Carrol-Johnson RM et al (ed). Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-131.

Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

International Council of Nurses (ICN) [homepage na internet]. Geneva International Classification for Nursing Practice. Version 2. [actualized 2011 June; cited 2011 jul 13]. Disponível em: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>

Knafl KA, Deatrick JA. Knowledge synthesis and concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications; 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p.39-54.

Krogh GV. Introduction to taxonomy III. In: NANDA International 2011 Latin American Symposium Proceedings, 2011 junh. 3-4; São Paulo, BR[CD Room].

Lerner RM. Urie Bronfenbrenner: contribuições da carreira de um cientista do desenvolvimento humano pleno. In: Bronfenbrenner, U. Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 19-36.

Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev Rene Fortaleza. Jul/set. 2009;10(3):117-124.

Lluch CANut MT. Pesquisa em diagnósticos de enfermagem da Nada International, Inc. In: NANDA International Inc.; Herdman TH,

organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 65-108. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v.3)

Lopes MVO, Silva Vm, Araújo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. Rev Bras Enferm. 2013 set-out; 66(5): 649-55.

Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica. 9ª Ed. São Paulo: Sarvier;2003.

Marin HF. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISSO 18104. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):445-8

McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. Trad. de Ana Maria Thirell. 2 ed.- Porto Alegre: Artmed; 2009.

Michel JLM, Barros ALBL. A pesquisa nas classificações de enfermagem: a experiência brasileira. Rev Bras. Enferm, 2002 nov./dez.;55(6):664-669.

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Trad. de Marta Avena. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. Adv Nurs Sci 1995;17(3):31-46.

Morse JM, Mitcham C, Hupcey JE, Tasón MC. Criteria for concept evaluation. Journal of Advanced Nursing, 1996;(24):385-390.

Muller-Staub M, Paans W. Agenda para a pesquisa em diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 117-148. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v.2)

Mussen PH, Conger JJ, Kagan J, Huston AC. Desenvolvimento e personalidade da criança. Trad de Auriphebo Berrance Simões. 2 ed. Editora Harbra Ltda., 1988

Mustard JF. O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro: a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento durante a vida toda. In: Young ME. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças. Trad. de Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.

Nóbrega MML, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA à classificação

internacional para a prática de enfermagem. Rev Enferm UFPE On line. 2008;2(4):390-96

Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia TR; Nóbrega MML organizadoras. Sistemas de Classificação em enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa:Idéias, 2000. (Série Didática: enfermagem no SUS).

NANDA-International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011; trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre:Artmed; 2010.

NANDA-International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014; trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre:Artmed; 2013.

Oliveira VC, Cadette MM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):301-6.

Paus T. Imagiologia do cérebro em crescimento. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2013:1-10. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/PausPRTxp1.pdf>. Consultado [20/01/2014].

Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. Trad. Daniel Bueno. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estud Psicol. Jul/set 2008;25(3):405-416.

Rappaport CR, Fiori WR, Davis C. Psicologia do desenvolvimento: Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais. Volume 1. São Paulo: EPU, 1981.

Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MLOR. Desenvolvimento Infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri (SP): Manole, 2009. p. 61-90 (Série Enfermagem).

Rodgers BL. Philosophical Foundations of Concept Development. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications; 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p.7-37.

Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000.

Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.p 41-61.

Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the Hybrid Model of concept development. In Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications; 2ªed. Ed Saunder (Elsevier), 2000. p. 129-159.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Trad. de Iara Regina Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Souza MF. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. Rev Bras. Enfer. 2002 nov/dez;55(6):691-696.

Souza JM, Veríssimo MLOR. Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications. International Journal of Nursing Knowledge 2013, 24:44-48.

Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4ª ed. New Jersey: Pearson, 2005.

Weaver K, Mitcham C. Nursing concept analysis in North America: state of the art. Nursing Philosophy. 2008;9:180-194.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Artigos utilizados na fase teórica.

AA 11 - Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;50(7):645-58.

AA 12 - Filho FL, de Medeiros SM, Lamy ZC, Moreira MEL. Home environment and alterations in the development of children in a community of the outskirts of São Luís - MA. *Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA*. 2011;16(10):4181-7.

AA 14 - Fox NA, Almas AN, Degnan KA, Nelson CA, Zeanah CH. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(9):919-28.

AA 17 - Giagazoglou P, Koulousi C, Sidiropoulou M, Fahantidou A. The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Research in Developmental Disabilities*. 2012;33(3):964-70.

AA 19 - Groark CJ, McCall RB, Fish L. Characteristics of environments, caregivers, and children in three Central American orphanages. *Infant Mental Health Journal*. 2011;32(2):232-50.

AA 22 - Hanson H, Jawad AF, Ryan T, Silver J. Factors influencing gross motor development in young children in an urban child welfare system. *Pediatric Physical Therapy*. 2011;23(4):335-46.

AA 23 - Henn BC, Schnaas L, Ettinger AS, Schwartz J, Lamadrid-Figueroa H, Hernández-Avila M, et al. Associations of early childhood manganese and lead coexposure with neurodevelopment. *Environmental Health Perspectives*. 2012;120(1):126-31.

AA 25 - Kobrosly RW, van Wijngaarden E, Galea S, Cory-Slechta DA, Love T, Hong C, et al. Socioeconomic Position and Cognitive Function in the Seychelles: A Life Course Analysis. *Neuroepidemiology*. 2011;36(3):162-8.

AA 28 - Koutra K, Chatzi L, Roumeliotaki T, Vassilaki M, Giannakopoulou E, Batsos C, et al. Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother-Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Infant Behavior & Development*. 2012;35(1):48-59.

AA 30 - Lee JS. The effects of persistent poverty on children's physical, socio-emotional, and learning outcomes. *Child Indicators Research*. 2011;4(4):725-47.

AA 31 - Lejarraga H, Berardi C, Ortale S, Contreras MM, Sanjurjo A, Lejarraga C, et al. Growth, development, social integration and parenting practices on children living with their mothers in prison. *Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión*. 2011;109(6):485-91.

AA 33 - Lohaus A, Keller H, Lamm B, Teubert M, Fassbender I, Freitag C, et al. Infant development in two cultural contexts: Cameroonian Nso farmer and German middle-class infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011;29(2):148-61.

AA 34 - McDermott S, Wu JL, Cai B, Lawson A, Aelion CM. Probability of intellectual disability is associated with soil concentrations of arsenic and lead. *Chemosphere*. 2011;84(1):31-8.

AA 36 - Melchior M, Chastang JF, De Lauzon B, Galéra C, Saurel-Cubizolles MJ, Larroque B. Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: The EDEN mother-child cohort. *Journal of Affective Disorders*. 2012;137(1-3):165-9.

AA 37 - Meunier JC, Wade M, Jenkins JM. Mothers' differential parenting and children's behavioural outcomes: Exploring the moderating role of family and social context. *Infant and Child Development*. 2012;21(1):107-33.

AA 40 - Nicholson JM, Lucas N, Berthelsen D, Wake M. Socioeconomic inequality profiles in physical and developmental health from 0-7 years: Australian National Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2012;66(1):81-7.

AA 41 - Pereira KRG, Valentini NC, Saccani R, Dázevedo HA. Influence of aquatic activities on infant's motor development. *Influência de atividades aquáticas no desenvolvimento motor de bebês*. 2011;22(2):159-68.

AA 48 - Siracusano MF, Panza C, Gorini S. Music and mind: Proofs of evidence. *Musica e mente: Prove di efficacia dell'intervento*. 2011;18(1):11-3.

AA 51 - Tomporowski PD, Lambourne K, Okumura MS. Physical activity interventions and children's mental function: An introduction and overview. *Preventive Medicine*. 2011;52(SUPPL.):S3-S9.

AA 52 - Violato M, Petrou S, Gray R, Redshaw M. Family income and child cognitive and behavioural development in the United Kingdom: Does money matter? *Health Economics*. 2011;20(10):1201-25.

AB

AB2 Álvarez Mingorance P, Burón Martínez E, Izquierdo Herrero E, Maniega Rubio MA, Blanco Quirós A. Morbidity in premature children in school age (I): Neurosensorial deficits, psycho-intellectual and behavior problems. Morbilidad de los niños prematuros en edad escolar (I): Alteraciones neurosensoriales, psicointelectivas y de conducta. 2011;69(7-8):317-24.

AB4 Angulo-Barroso RM, Schapiro L, Liang WL, Rodrigues O, Shafir T, Kaciroti N, et al. Motor Development in 9-Month-Old Infants in Relation to Cultural Differences and Iron Status. *Developmental Psychobiology*. 2011;53(2):196-210.

AB5 Ares S, Quero J, Diez J, De Escobar GM. Neurodevelopment of preterm infants born at 28 to 36 weeks of gestational age: The role of hypothyroxinemia and long-term outcome at 4 years. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2011;24(11-12):897-902.

AB6 Arias AV, Gonçalves VMG, Campos D, Santos DCC, Goto MMF, Zanelli TMC. Small-for-gestational-age newborn infant: Repercussion on fine motor skills. Recém-nascido pequeno para a idade gestacional: Repercussão nas habilidades motoras finas. 2011;29(1):21-8.

AB 10 Strain JJ, Davidson PW, Bonham MP, Duffy EM, Stokes-Riner A, Thurston SW, et al. Associations of maternal long-chain polyunsaturated fatty acids, methyl mercury, and infant development in the Seychelles

AB 12 Baron IS, Erickson K, Ahronovich MD, Baker R, Litman FR. Neuropsychological and behavioral outcomes of extremely low birth weight at age three. *Developmental Neuropsychology*. 2011;36(1):5-21.

AB 13 Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Sullivan T, Collins CT, McPhee AJ, Ryan P, et al. Infant growth before and after term: Effects on neurodevelopment in preterm infants. *Pediatrics*. 2011;128(4):e899-e906.

AB 18 Black MM, Quigg AM, Hurley KM, Pepper MR. Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential. *Nutrition Reviews*. 2011;69:S64-S70.

AB 21 Boivin MJ, Gladstone MJ, Vokhiwa M, Birbeck GL, Magen JG, Page C, et al. Developmental outcomes in Malawian children with retinopathy-positive cerebral malaria. *Tropical Medicine and International Health*. 2011;16(3):263-71.

AB 22 Bolduc ME, Du Plessis AJ, Sullivan N, Khwaja OS, Zhang X, Barnes K, et al. Spectrum of neurodevelopmental disabilities in children with cerebellar malformations. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011;53(5):409-16.

AB 24 Brito CML, Vieira GO, da Conceição Oliveira Costa M, de Oliveira NF. Neuropsychomotor development: The Denver scale for screening cognitive and neuromotor delays in preschoolers. *Desenvolvimento neuropsicomotor: O teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares*. 2011;27(7):1403-14.

AB 25 Casper RC, Gilles AA, Fleisher BE, Baran J, Enns G, Lazzeroni LC. Length of prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants: effects on neonatal adaptation and psychomotor development. *Psychopharmacology*. 2011;217(2):211-9.

AB 27 Chiu WC, Liao HF, Chang PJ, Chen PC, Chen YC. Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: A nationwide birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2011;25(6):519-27.

AB 28 Claas MJ, de Vries LS, Bruinse HW, van Haastert IC, Uniken Venema MMA, Peelen LM, et al. Neurodevelopmental outcome over time of preterm born children ≤ 750 g at birth. *Early Human Development*. 2011;87(3):183-91.

AB 30 Campoy C, Escolano-Margarit MV, Ramos R, Parrilla-Roure M, Csábi G, Beyer J, et al. Effects of prenatal fish-oil and 5-methyltetrahydrofolate supplementation on cognitive development of children at 6.5 y of age. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2011;94(6S):1880S-8.

AB 31 Collett BR, Starr JR, Kartin D, Heike CL, Berg J, Cunningham ML, et al. Development in toddlers with and without deformational plagiocephaly. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2011;165(7):653-8.

AB 32 Colletti L, Mandalà M, Zoccante L, Shannon RV, Colletti V. Infants versus older children fitted with cochlear implants: Performance over 10 years. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2011;75(4):504-9.

AB 35 Davidson PW, Cory-Slechta DA, Thurston SW, Huang LS, Shamlaye CF, Gunzler D, et al. Fish consumption and prenatal methylmercury exposure: Cognitive and behavioral outcomes in the main cohort at 17 years from the Seychelles child development study. *Neurotoxicology*. 2011;32(6):711-7.

AB 36 Davis Iii TE, Hess JA, Matthews RA, Fodstad JC, Dempsey T, Jenkins WS, et al. The moderating effect of anxiety on development in atypically developing toddlers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2011;33(2):171-7.

AB 42 Dewey D, Creighton DE, Heath JA, Wilson BN, Anseeuw-Deeks D, Crawford SG, et al. Assessment of Developmental Coordination Disorder in Children Born With Extremely Low Birth Weights. *Developmental Neuropsychology*. 2011;36(1):42-56.

AB 45 DiPietro JA, Cristofalo EA, Voegtline KM, Crino J. Isolated prenatal choroid plexus cysts do not affect child development. *Prenatal Diagnosis*. 2011;31(8):745-9.

AB 47 Drews-Botsch C, Schieve LA, Kable J, Coles C. Socioeconomic differences and the impact of being small for gestational age on neurodevelopment among preschool-aged children. *Reviews on Environmental Health*. 2011;26(3):221-9.

AB 48 Drover JR, Hoffman DR, Castañeda YS, Morale SE, Garfield S, Wheaton DH, et al. Cognitive function in 18-month-old term infants of the DIAMOND study: A randomized, controlled clinical trial with multiple dietary levels of docosahexaenoic acid. *Early Human Development*. 2011;87(3):223-30.

AB 55 Fazzi E, Signorini SG, Bomba M, Luparia A, Lanners J, Balottin U. Reach on sound: A key to object permanence in visually impaired children. *Early Human Development*. 2011;87(4):289-96.

AB 61 Garcia NL, McMulkin ML, Tompkins BJ, Caskey PM, Mader SL, Baird GO. Gross motor development in babies with treated idiopathic clubfoot. *Pediatric Physical Therapy*. 2011;23(4):347-52.

AB 52 Escolano-Margarit MV, Ramos R, Beyer J, Csábi G, Parrilla-Roure M, Cruz F, et al. Prenatal DHA status and neurological outcome in children at age 5.5 years are positively associated. *Journal of Nutrition*. 2011;141(6):1216-23.

AB 54 Fallah R, Islami Z, Mosavian T. Developmental status of nicu admitted low birth weight preterm neonates at 6 and 12 months of age using ages and stages questionnaire. *Iranian Journal of Child Neurology*. 2011;5(1):21-8.

AB 58 Formiga CKMR, Linhares MBM. Motor development curve from 0 to 12 months in infants born preterm. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2011;100(3):379-84.

AB 59 Gandhi M, Ashorn P, Maleta K, Teivaanmäki T, Duan X, Cheung YB. Height gain during early childhood is an important predictor of schooling and mathematics ability outcomes. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2011;100(8):1113-8.

AB 63 Gladstone M, White S, Kafulafula G, Neilson JP, van den Broek N. Post-neonatal mortality, morbidity, and developmental outcome after

ultrasound-dated preterm birth in rural malawi: A community-based cohort study. *PLoS Medicine*. 2011;8(11).

AB 66 Yokoyama Y, Sugimoto M, Miyake Y, Sono J, Mizukami K, Kaprio J, et al. Motor development of triplets: A Japanese prospective cohort study. *Twin Research and Human Genetics*. 2011;14(2):185-91

AB 69 Guxens M, Aguilera I, Ballester F, Estarlich M, Fernández-Somoano A, Lertxundi A, et al. Prenatal exposure to residential air pollution and infant mental development: Modulation by antioxidants and detoxification factors. *Environmental Health Perspectives*. 2012;120(1):144-9.

AB 71 Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics*. 2011;127(3):e622-e9.

AB 75 Hesdorffer DC, Benn EK, Bagiella E, Nordli D, Pellock J, Hinton V, et al. Distribution of febrile seizure duration and associations with development. *Annals of Neurology*. 2011;70(1):93-100.

AB78 Howard K, Roberts G, Lim J, Lee KJ, Barre N, Treyvaud K, et al. Biological and environmental factors as predictors of language skills in very preterm children at 5 years of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2011;32(3):239-49.

AB 80 Isaacs EB, Ross S, Kennedy K, Weaver LT, Lucas A, Fewtrell MS. 10-year cognition in preterms after random assignment to fatty acid supplementation in infancy. *Pediatrics*. 2011;128(4):e890-e8.

AB 83 Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J, Butscher M, Mroz E, Flak E, et al. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. *European Journal of Pediatrics*. 2012;171(1):151-8.

AB 84 Jeon GW, Jung YJ, Koh SY, Lee YK, Kim KA, Shin SM, et al. Preterm infants fed nutrient-enriched formula until 6 months show improved growth and development. *Pediatrics International*. 2011;53(5):683-8.

AB 86 Jiang M, Foster EM, Gibson-Davis CM. Breastfeeding and the Child Cognitive Outcomes: A Propensity Score Matching Approach. *Maternal and Child Health Journal*. 2011;15(8):1296-307.

AB 87 Jongbloed-Pereboom M, Middelburg KJ, Heineman MJ, Bos AF, Hadders-Algra M. The Groningen assisted reproductive technologies cohort study: Developmental status and behavior at 2 years. *Fertility and Sterility*. 2011;95(7):2283-9.

AB 89 Karimi M, Fallah R, Dehghanpoor A, Mirzaei M. Developmental status of 5-year-old moderate low birth weight children. *Brain & Development*. 2011;33(8):651-5.

AB 92 Kittler PM, Gardner JM, Lennon EM, Flory MJ, Mayes LC, Karmel BZ. The development of selective attention and inhibition in NICU graduates during the preschool years. *Developmental Neuropsychology*. 2011;36(8):1003-17.

AB 97 Llop S, Guxens M, Murcia M, Lertxundi A, Ramon R, Riaño I, et al. Prenatal exposure to mercury and infant neurodevelopment in a multicenter cohort in Spain: Study of potential modifiers. *American Journal of Epidemiology*. 2012;175(5):451-65.

AB 99 Lowe J, Duvall SW, MacLean PC, Caprihan A, Ohls R, Qualls C, et al. Comparison of structural magnetic resonance imaging and development in toddlers born very low birth weight and full-term. *Journal of Child Neurology*. 2011;26(5):586-92.

AB 101 Lundqvist-Persson C, Lau G, Nordin P, Bona E, Sabel KG. Preterm infants' early developmental status is associated with later developmental outcome. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2012;101(2):172-8.

AB 104 Magalhães LC, Fonseca KL, Martins LDTB, Dornelas L. The performance of pre-term children with very and extreme low weight according to the Denver-II test. *Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver-II*. 2011;11(4):445-53.

AB 105 Maia PC, Silva LP, Oliveira MMC, Cardoso M. Motor development of preterm and term infants - using the Alberta Infant Motor Scale. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2011;24(5):670-5.

AB 107 Manno D, Kowa PK, Bwalya HK, Siame J, Grantham-McGregor S, Baisley K, et al. Rich micronutrient fortification of locally produced infant food does not improve mental and motor development of Zambian infants: a randomised controlled trial. *British Journal of Nutrition*. 2012;107(4):556-66.

AB 108 Marques RC, Dórea JG, McManus C, Leao RS, Brandao KG, Ito Vieira IH, et al. Hydroelectric reservoir inundation (Rio Madeira Basin, Amazon) and changes in traditional lifestyle: impact on growth and neurodevelopment of pre-school children. *Public Health Nutrition*. 2011;14(4):661-9.

AB 110 McCoy TE, Conrad AL, Richman LC, Lindgren SD, Nopoulos PC, Bell EF. Neurocognitive profiles of preterm infants randomly assigned to lower or higher hematocrit thresholds for transfusion. *Child Neuropsychology*. 2011;17(4):347-67.

AB 112 Wickremasinghe AC, Hartman TK, Voigt RG, Katusic SK, Weaver AL, Colby CE, et al. Evaluation of the ability of neurobiological, neurodevelopmental and socio-economic variables to predict cognitive outcome in premature infants. *Child: Care, Health and Development*. 2012

AB 114 Meunier JC, Wade M, Jenkins JM. Mothers' differential parenting and children's behavioural outcomes: Exploring the moderating role of family and social context. *Infant and Child Development*. 2012;21(1):107-33.

AB 117 Muraskas JK, Rau BJ, Castillo PR, Gianopoulos J, Boyd LAC. Long-term follow-up of 2 newborns with a combined birth weight of 540 grams. *Pediatrics*. 2012;129(1):e174-e8.

AB 118 Nash A, Dunn M, Asztalos E, Corey M, Mulvihill-Jory B, O'Connor DL. Pattern of growth of very low birth weight preterm infants, assessed using the WHO growth standards, is associated with neurodevelopment. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. 2011;36(4):562-9.

AB 119 Nassar MF, Younis NT, El-Arab SE, Fawzi FA. Neurodevelopmental outcome and brain-derived neurotrophic factor level in relation to feeding practice in early infancy. *Maternal and Child Nutrition*. 2011;7(2):188-97.

AB 121 Nepomnyaschy L, Hegyi T, Ostfeld BM, Reichman NE. Developmental Outcomes of Late-Preterm Infants at 2 and 4 Years. *Maternal and Child Health Journal*. 2011:1-13.

AB 122 Newman JB, DeBastos AG, Batton D, Raz S. Neonatal Respiratory Dysfunction and Neuropsychological Performance at the Preschool Age: A Study of Very Preterm Infants With Bronchopulmonary Dysplasia. *Neuropsychology*. 2011;25(5):666-78.

AB 123 Oddy WH, Li J, Whitehouse AJO, Zubrick SR, Malacova E. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics*. 2011;127(1):e137-e45.

AB 124 Oddy WH, Robinson M, Kendall GE, Li J, Zubrick SR, Stanley FJ. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica*. 2011;100(7):992-9.

AB 125 Oliveira GE, Magalhães LC, Salmela LFT. Relationship between very low birth weight, environmental factors, and motor and cognitive development of children of 5 and 6 years old. *Relação entre muito baixo peso ao nascimento, fatores ambientais e o desenvolvimento motor e o cognitivo de crianças aos 5 e 6 anos*. 2011;15(2):138-45.

AB 132 Park H, Bothe D, Holsinger E, Kirchner HL, Olness K, Mandalakas A. The impact of nutritional status and longitudinal recovery of motor and cognitive milestones in internationally adopted children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(1):105-16.

AB 135 Perricone G, Morales MR. The temperament of preterm infant in preschool age. *Italian journal of pediatrics*. 2011;37:4.

AB 136 Phuka JC, Gladstone M, Maleta K, Thakwalakwa C, Cheung YB, Briend A, et al. Developmental outcomes among 18-month-old Malawians after a year of complementary feeding with lipid-based nutrient supplements or corn-soy flour. *Maternal and Child Nutrition*. 2012;8(2):239-48.

AB 140 Pongcharoen T, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U, Winichagoon P, Flores R, Martorell R. Long-term effects of iron and zinc supplementation during infancy on cognitive function at 9 y of age in northeast Thai children: A follow-up study. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2011;93(3):636-43.

AB 141 Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: A population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*. 2012;160(1):25-32.

AB 144 Riechi TIJ, Moura-Ribeiro MVL, Ciasca SM. Impact of preterm birth and low birth weight on the cognition, behavior and earning of school-age children. *Impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso na cognição, comportamento e aprendizagem de escolares*. 2011;29(4):495-501.

AB 145 Rioux FM, Bélanger-Plourde J, Leblanc CP, Vigneau F. Relationship between maternal DHA and iron status and infants' cognitive performance. *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique : une publication des Diététistes du Canada*. 2011;72(2):76.

AB 146 Roberts G, Lim J, Doyle LW, Anderson PJ. High rates of school readiness difficulties at 5 years of age in very preterm infants compared with term controls. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2011;32(2):117-24

AB 148 Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ, Van Rossem R. Basic information processing abilities at 11 years account for deficits in IQ associated with preterm birth. *Intelligence*. 2011;39(4):198-209.

AB 150 Sanchez-Albisua I, Lidzba K, Borell-Kost S, Mau-Holzmann UA, Licht P, Krägeloh-Mann I. Medical, psychological and intellectual

development of 5-year-old children born after intracytoplasmic sperm injection. *Neuropediatrics*. 2011;42(3):104-9.

AB 152 Sansavini A, Savini S, Guarini A, Broccoli S, Alessandroni R, Faldella G. The effect of gestational age on developmental outcomes: A longitudinal study in the first 2 years of life. *Child: Care, Health and Development*. 2011;37(1):26-36

AB 154 Schendelaar P, Middelburg KJ, Bos AF, Heineman MJ, Jongbloed-Pereboom M, Hadders-Algra M. The Groningen ART cohort study: The effects of ovarian hyperstimulation and the IVF laboratory procedures on neurological condition at 2 years. *Human Reproduction*. 2011;26(3):703-12.

AB 155 Siegel EH, Kordas K, Stoltzfus RJ, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, et al. Inconsistent effects of iron-folic acid and/or zinc supplementation on the cognitive development of infants. *Journal of health, population, and nutrition*. 2011;29(6):593-604.

AB 159 Tofail F, Hamadani JD, Ahmed AZT, Mehrin F, Hakim M, Huda SN. The mental development and behavior of low-birth-weight Bangladeshi infants from an urban low-income community. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2012;66(2):237-43.

AB 161 Tsai CC, Huang FJ, Wang LJ, Lin YJ, Kung FT, Hsieh CH, et al. Clinical outcomes and development of children born after intracytoplasmic sperm injection (ICSI) using extracted testicular sperm or ejaculated extreme severe oligo-astheno-teratozoospermia sperm: A comparative study. *Fertility and Sterility*. 2011;96(3):567-71.

AB 167 Walker SP, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent Behavior. *Pediatrics*. 2011;127(5):849-57.

AB172 Effects of prenatal fish-oil and 5-methyltetrahydrofolate supplementation on cognitive development of children at 6.5 y of age. Campoy C, Escolano-Margarit MV, Ramos R, Parrilla-Roure M, Csábi G, Beyer J, Ramirez-Tortosa MC, Molloy AM, Decsi T, Koletzko BV. *Am J Clin Nutr*. 2011 Dec;94(6 Suppl):1880S-1888S. Epub 2011 Aug

AB173 Elevated concentrations of inflammation-related proteins in postnatal blood predict severe developmental delay at 2 years of age in extremely preterm infants. O'Shea TM, Allred EN, Kuban KC, Dammann O, Paneth N, Fichorova R, Hirtz D, Leviton A; Extremely Low Gestational Age Newborn (ELGAN) Study Investigators. *J Pediatr*. 2012 Mar;160(3):395-401.e4. Epub 2011 Oct 13.

AB175 Motor development evaluated by Test of Infant Motor Performance: comparison between preterm and full-term infants. Guimarães CL, Reinaux

CM, Botelho AC, Lima GM, Cabral Filho JE. *Rev Bras Fisioter.* 2011 Sep-Oct;15(5):357-62. Epub 2011 Oct 14. English, Portuguese.

AB179 Pre-natal and post-natal growth trajectories and childhood cognitive ability and mental health. Yang S, Tilling K, Martin R, Davies N, Ben-Shlomo Y, Kramer MS. *Int J Epidemiol.* 2011 Oct;40(5):1215-26. Epub 2011 Jul 15.

AB180 Arias, Amabile Vessoni; Gonçalves, Vanda Maria G; Campos, Denise; Santos, Denise Castilho C; Goto, Maura Mikie F; Zanelli, Thatiane Moura C. Recém-nascido pequeno para a idade gestacional: repercussão nas habilidades motoras finas / Small-for-gestational-age newborn infant: repercussion on fine motor skills *Rev. paul. pediatr;*29(1):21-28, jan.-mar. 2011. graf, tab.

AB182 Perinatal and socioeconomic risk factors for variable and persistent cognitive delay at 24 and 48 months of age in a national sample. Hillemeier MM, Morgan PL, Farkas G, Maczuga SA. *Matern Child Health J.* 2011 Oct;15(7):1001-10. doi: 10.1007/s10995-010-0656-x.

AB 183 Bellew M, Liddington M, Chumas P, Russell J. Preoperative and postoperative developmental attainment in patients with sagittal synostosis: 5-Year follow-up. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics.* 2011;7(2):121-6.

AB 184 Hallemans A, Ortibus E, Truijen S, Meire F. Development of independent locomotion in children with a severe visual impairment. *Research in Developmental Disabilities.* 2011;32(6):2069-74.

AB 185 Karagianni P, Tsakalidis C, Kyriakidou M, Mitsiakos G, Chatziioanidis H, Porpodi M, et al. Neuromotor outcomes in infants with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatric Neurology.* 2011;44(1):40-6.

AB 186 Laing SR, Walker K, Ungerer J, Badawi N, Spence K. Early development of children with major birth defects requiring newborn surgery. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2011;47(3):140-7.

AB 187 Lorenzo J, Barton B, Acosta MT, North K. Mental, motor, and language development of toddlers with neurofibromatosis type 1. *Journal of Pediatrics.* 2011;158(4):660-5.

AB 188 Roy H, Lippé S, Lussier F, Sauerwein HC, Lortie A, Lacroix J, et al. Developmental outcome after a single episode of status epilepticus. *Epilepsy & Behavior.* 2011;21(4):430-6.

AB189 Sun Q, Chen YL, Yu ZB, Han SP, Dong XY, Qiu YF, et al. Long-term consequences of the early treatment of children with congenital hypothyroidism detected by neonatal screening in Nanjing, China: A 12-year follow-up study. *Journal of Tropical Pediatrics.* 2012;58(1):79-80.

AB 192 Polat S, Okuyaz C, Hallıoğlu O, Mert E, Makharoblidze K. Evaluation of growth and neurodevelopment in children with congenital heart disease. *Pediatrics International*. 2011;53(3):345-9.

AB 193 Emotional, developmental and behavioural co-morbidities of children with chronic health conditions. Blackman JA, Gurka MJ, Gurka KK, Oliver MN. *Paediatr Child Health*. 2011 Oct;47(10):742-7. doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02044.x. Epub 2011 Mar 30.

AC

AC 1 Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Fischer CB, Kosta S, Butler SC, et al. Is the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) effective for preterm infants with intrauterine growth restriction. *Journal of Perinatology*. 2011;31(2):130-6.

AC 3 Aracena M, Leiva L, Undurraga C, Krause M, Pérez C, Cuadra V, et al. Effectiveness of a home visit program for adolescent mothers and their children. *Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as*. 2011;139(1):60-5.

AC6 Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*. 2011;28(8):696-702.

AC 10 Belsky J, de Haan M. Annual Research Review: Parenting and Children's Brain Development--The End of the Beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(4):409-28.

AC 15 Blauw-Hospers CH, Dirks T, Hulshof LJ, Bos AF, Hadders-Algra M. Pediatric physical therapy in infancy: From nightmare to dream? A two-arm randomized trial. *Physical Therapy*. 2011;91(9):1323-38.

AC 19 Bradley RH, McKelvey LM, Whiteside-Mansell L. Does the quality of stimulation and support in the home environment moderate the effect of early education programs? *Child Development*. 2011;82(6):2110-22

AC 23 Callaghan T, Moll H, Rakoczy H, Warneken F, Liszkowski U, Behne T, et al. Early social cognition in three cultural contexts. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2011;76(2):vii-viii, 1-142.

AC 24 Carson C, Kelly Y, Kurinczuk JJ, Sacker A, Redshaw M, Quigley MA. Effect of pregnancy planning and fertility treatment on cognitive outcomes in children at ages 3 and 5: Longitudinal cohort study. *BMJ (Online)*. 2011;343(7820).

AC 27 Chivanon N, Wacharasin C, Homchampa P, Phuphaibul R. Parent/grandparent-child interactions and their influence on child development. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2011;15(4):305-22.

AC 29 Cohen NJ, Farnia F. Social-Emotional Adjustment and Attachment in Children Adopted from China: Processes and Predictors of Change. *International Journal of Behavioral Development*. 2011;35(1):67-77.

AC 30 Collings S, Llewellyn G. Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2012;37(1):65-82.

AC 32 Conroy S, Pariente CM, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, et al. Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):51-61.

AC 33 Cupples ME, Stewart MC, Percy A, Hepper P, Murphy C, Halliday HL. A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the moments study). *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(3):252-8.

AC 34 da Silva CA, Brusamarello S, Cardoso FGC, Adamczyk NF, Neto FR. Development of low birth weight preterm infants during the first two years of life. *Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida*. 2011;29(3):328-35. *Rev Paul ped*

AC 35 Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behavior*. 2012;106(1):29-39.

AC 37 David HP. Born Unwanted: Mental Health Costs and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2011;81(2):184-92.

AC 39 Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012;25(2):141-8.

AC 42 Eshbaugh EM, Peterson CA, Wall S, Carta JJ, Luze G, Swanson M, et al. Low-income parents' warmth and parent-child activities for children with disabilities, suspected delays and biological risks. *Infant & Child Development*. 2011;20(5):509-24

AC43 Espié E, Ouss L, Gaboulaud V, Candilis D, Ahmed K, Cohuet S, et al. Against the Odds: Psychomotor development of children under 2 years in a Sudanese orphanage. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2011;57(6):412-7.

AC45 Forns J, Julvez J, García-Esteban R, Guxens M, Ferrer M, Grellier J, et al. Maternal intelligence-mental health and child neuropsychological development at age 14 months. *Gaceta Sanitaria*.

AC 49 Geller A, Cooper CE, Garfinkel I, Schwartz-Soicher O, Mincy RB. Beyond Absenteeism: Father Incarceration and Child Development. *Demography*. 2012;49(1):49-76.

AC 53 Howard K, Martin A, Berlin LJ, Brooks-Gunn J. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in early head start families. *Attachment & Human Development*. 2011;13(1):5-26.

AC 55 Hupp JM, Munala L, Kaffenberger JA, Wessell MBH. The interactive effect of parental education on language production. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2011;30(4):312-23.

AC 57 Iwayama M, Kira R, Kinukawa N, Sakai Y, Torisu H, Sanefuji M, et al. Parental age and child growth and development: Child health check-up data. *Pediatrics International*. 2011;53(5):709-14.

AC 58 Jaffee SR, Van Hulle C, Rodgers JL. Effects of nonmaternal care in the first 3 years on children's academic skills and behavioral functioning in childhood and early adolescence: A sibling comparison study. *Child Development*. 2011;82(4):1076-91.

AC 60 Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Impani GV, Anderson T, et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: A randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(6):533-40.

AC 61 Kim Y, Ha EH, Kim EJ, Park H, Ha M, Kim JH, et al. Prenatal exposure to phthalates and infant development at 6 months: Prospective mothers and children's environmental health (MOCEH) study. *Environmental Health Perspectives*. 2011;119(10):1495-500.

AC 65 Leigh P, Nievar MA, Nathans L. Maternal Sensitivity and language early childhood: a test of the transactional model. *Perceptual and Motor Skills*. 2011;113(1):281-99.

AC 68 Lloyd EC, Barth RP. Developmental outcomes after five years for foster children returned home, remaining in care, or adopted. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(8):1383-91.

AC 71 Luke N, Banerjee R. Maltreated Children's Social Understanding and Empathy: A Preliminary Exploration of Foster Carers' Perspectives. *Journal of Child and Family Studies*. 2012;21(2):237-46.

AC 72 Lung FW, Shu BC, Chiang TL, Lin SJ. Maternal mental health and childrearing context in the development of children at 6, 18 and 36 months:

a Taiwan birth cohort pilot study. *Child Care Health and Development*. 2011;37(2):211-23.

AC 76 McLaughlin KA, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Adverse rearing environments and neural development in children: The development of frontal electroencephalogram asymmetry. *Biological Psychiatry*. 2011;70(11):1008-15.

AC 77 McLaughlin KA, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA. Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(1):46-55.

AC 78 Meijssen D, Wolf MJ, van Bakel H, Koldewijn K, Kok J, van Baar A. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(1):72-80.

AC 79 Melchior M, Chastang JF, De Lauzon B, Galéra C, Saurel-Cubizolles MJ, Larroque B. Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: The EDEN mother-child cohort. *Journal of Affective Disorders*. 2012;137(1-3):165-9.

AC 81 Mensah FK, Kiernan KE. Maternal general health and children's cognitive development and behaviour in the early years: Findings from the Millennium Cohort Study. *Child: Care, Health and Development*. 2011;37(1):44-54.

AC 84 Mollborn S, Dennis JA. Investigating the Life Situations and Development of Teenage Mothers' Children: Evidence from the ECLS-B. *Population Research and Policy Review*. 2012;31(1):31-66.

AC 89 Osório A, Martins C, Meins E, Martins EC, Soares I. Individual and relational contributions to parallel and joint attention in infancy. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(4):515-24.

AC 92 Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*. 2012;101(1):57-79.

AC 93 Pearson RM, Heron J, Melotti R, Joinson C, Stein A, Ramchandani PG, et al. The association between observed non-verbal maternal responses at 12 months and later infant development at 18 months and IQ at 4 years: A longitudinal study. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(4):525-33.

AC 95 Piteo AM, Yelland LN, Makrides M. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Human Development*.

AC 96 Postalli LMM, Munuera RF, Aiello ALR. Characterization of families of mothers with intellectual disabilities and the effects on the children's development. *Caracterização de família de mãe com deficiência intelectual e os efeitos no desenvolvimento dos filhos*. 2011;17(1):37-52.

AC 97 Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, et al. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child: Care, Health and Development*.

AC 101 Rohrer LM, Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL, Maughan A. Effects of Maternal Negativity and of Early and Recent Recurrent Depressive Disorder on Children's False Belief Understanding. *Developmental Psychology*. 2011;47(1):170-81.

AC 103 Salisbury AL, Wisner KL, Pearlstein T, Battle CL, Stroud L, Lester BM. Newborn neurobehavioral patterns are differentially related to prenatal maternal major depressive disorder and serotonin reuptake inhibitor treatment. *Depression and Anxiety*. 2011;28(11):1008-19.

AC 104 Sierau S, Lehmann E, Jungmann T. Fathers in disadvantaged families: The importance of parental self-efficacy and partnership satisfaction for infants' development and mothers' interactive style. *Family Science*. 2011;2(2):76-86.

AC 105 Simo S, D'Ocon A. Temporal structure of maternal sensitive experience: Its effect on infant cognitive and emotional development. *Infancia Y Aprendizaje*. 2011;34(4):481-93.

AC 107 Stacks AM, Beeghly M, Partridge T, Dexter C. Effects of placement type on the language developmental trajectories of maltreated children from infancy to early childhood. *Child Maltreatment*. 2011;16(4):287-99.

AC 108 Stevenson-Hinde J, Shouldice A, Chicot R. Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment and Human Development*. 2011;13(3):199-215.

AC 111 Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European Psychiatry*. 2011;26(8):484-9.

AC 112 Sylva K, Stein A, Leach P, Barnes J, Malmberg L-E. Effects of early child-care on cognition, language, and task-related behaviours at 18 months: An English study. *British Journal of Developmental Psychology*. 2011;29(1):18-45.

AC 113 Towe-Goodman NR, Stifter CA, Coccia MA, Cox MJ. Interparental aggression, attention skills, and early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology*. 2011;23(2):573-6.

AC 114 Valentino K, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Mother-Child Play and Maltreatment: A Longitudinal Analysis of Emerging Social Behavior From Infancy to Toddlerhood. *Developmental Psychology*. 2011;47(5):1280-94.

AC 115 Vänskä M, Punamäki RL, Tolvanen A, Lindblom J, Flykt M, Unkila-Kallio L, et al. Maternal pre- and postnatal mental health trajectories and child mental health and development: Prospective study in a normative and formerly infertile sample. *International Journal of Behavioral Development*. 2011;35(6):517-31.

AC 116 Verkerk G, Jeukens-Visser M, Koldewijn K, Van Wassenae A, Houtzager B, Kok J, et al. Infant behavioral assessment and intervention program in very low birth weight infants improves independency in mobility at preschool age. *Journal of Pediatrics*. 2011;159(6):933-8.e1.

AC 121 Wu YP, Selig JP, Roberts MC, Steele RG. Trajectories of Postpartum Maternal Depressive Symptoms and Children's Social Skills. *Journal of Child and Family Studies*. 2011;20(4):414-23.

AC 122 Xu Y. The Effects of Teaching Primary Caregivers to Conduct Formative Assessment on Caregiver-Child Social Interaction and Children's Developmental Outcomes. *Early Child Development and Care*. 2011;181(4):549-71.

AC 123 Yamada Y, Yoshida F, Hemmi H, Ito M, Kakita H, Yoshikawa T, et al. Atypical social development in neonatal intensive care unit survivors at 12 months. *Pediatrics International*. 2011;53(6):858-66.

AC 125 Chuang CH, Liao HF, Hsieh WS, Jeng SF, Su YN, Chen PC. Maternal psychosocial factors around delivery on development of 2-year-old children: A prospective cohort study. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 2011;47(1-2):34-9.

AC 127 Parental psychological well-being and cognitive development of very low birth weight infants at 2 years. Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Munck P, Rautava P; PIPARI Study Group. *Acta Paediatr*. 2011 Dec;100(12):1555-60. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02428.x. Epub 2011 Aug 11.

AC 128 Zoritch Bozhena, Roberts Ian, Oakley Ann. Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 01, Art. No. CD000564. DOI: 10.1002/14651858.CD000564.pub1

AP

AP 1 Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, Gziri MM, Hui W, Lagae L, et al. Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: An observational study. *The Lancet Oncology*. 2012;13(3):256-64

AP 2 Bahena-Medina LA, Torres-Sánchez L, Schnaas L, Cebrián ME, Chávez CH, Osorio-Valencia E, et al. Neonatal neurodevelopment and prenatal exposure to dichlorodiphenyldichloroethylene (DDE): A cohort study in Mexico. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*. 2011;21(6):609-14.

AP 4 Bay B, Kesmodel US. Prenatal alcohol exposure - a systematic review of the effects on child motor function. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2011;90(3):210-26.

AP 5 Bigsby R, Linda L, Gasse L, Lester B, Shankaran S, Bada H, et al. Prenatal cocaine exposure and motor performance at 4 months. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(5):e60-e8.

AP 7 Blok CA, Krediet TG, Kavelaars A, Koopman-Esseboom C, Vreman HJ, Van Bel F. Early end-tidal carbon monoxide levels and neurodevelopmental outcome at 3years 6months of age in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011;53(12):1113-8.

AP 11 Choi JJ, Mustafa R, Lynn ET, Divino CM. Appendectomy during pregnancy: Follow-up of progeny. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011;213(5):627-32.

AP 13 Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress-the International Journal on the Biology of Stress*. 2011;14(6):644-51.

AP 14 Cohen MJ, Meador KJ, Browning N, Baker GA, Clayton-Smith J, Kalayjian LA, et al. Fetal antiepileptic drug exposure: Motor, adaptive, and emotional/behavioral functioning at age 3years. *Epilepsy and Behavior*. 2011;22(2):240-6.

AP 15 Craig WY, Allan WC, Kloza EM, Pulkkinen AJ, Waisbren S, Spratt DI, et al. Mid-gestational maternal free thyroxine concentration and offspring neurocognitive development at age two years. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2012;97(1):E22-E8.

AP 16 Cummings C, Stewart M, Stevenson M, Morrow J, Nelson J. Neurodevelopment of children exposed in utero to lamotrigine, sodium valproate and carbamazepine. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(7):643-7.

AP 18 Dañbrowski M, Chmielak Z, Rużyłło W. Percutaneous mitral commissurotomy in pregnant Women - Long-term observations. *Postepy w Kardiologii Interwencyjnej*. 2011;7(1):15-9.

AP 19 Divan HA, Kheifets L, Olsen J. Prenatal cell phone use and developmental milestone delays among infants. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*. 2011;37(4):341-8.

AP 21 Engel SM, Wetmur J, Chen J, Zhu C, Barr DB, Canfield RL, et al. Prenatal Exposure to Organophosphates, Paraoxonase 1, and Cognitive Development in Childhood. *Environmental Health Perspectives*. 2011;119(8):1180-8.

AP 22 Espy KA, Fang H, Johnson C, Stopp C, Wiebe SA, Respass J. Prenatal Tobacco Exposure: Developmental Outcomes in the Neonatal Period. *Developmental Psychology*. 2011;47(1):153-69.

AP 24 Foltran F, Gregori D, Franchin L, Verduci E, Giovannini M. Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutrition Reviews*. 2011;69(11):642-59.

AP 25 Galbally M, Lewis AJ, Buist A. Developmental outcomes of children exposed to antidepressants in pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(5):393-9.

AP 28 Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: Is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(3):378-87.

AP 30 Gompels UA, Larke N, Sanz-Ramos M, Bates M, Musonda K, Manno D, et al. Human cytomegalovirus infant infection adversely affects growth and development in maternally HIV-exposed and unexposed infants in Zambia. *Clinical Infectious Diseases*. 2012;54(3):434-42.

AP 31 Guxens M, Aguilera I, Ballester F, Estarlich M, Fernandez-Somoano A, Lertxundi A, et al. Prenatal Exposure to Residential Air Pollution and Infant Mental Development: Modulation by Antioxidants and Detoxification Factors. *Environmental Health Perspectives*. 2012;120(1):144-9.

AP 32 Habek D, Kovačević M. Adverse pregnancy outcomes and long-term morbidity after early fetal hypokinesia in maternal smoking pregnancies. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2011;283(3):491-5.

AP 34 Horton MK, Rundle A, Camann DE, Barr DB, Rauh VA, Whyatt RM. Impact of prenatal exposure to piperonyl butoxide and permethrin on 36-month neurodevelopment. *Pediatrics*. 2011;127(3):e699-e706.

AP 36 Keim SA, Daniels JL, Dole N, Herring AH, Siega-Riz AM, Scheidt PC. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and

depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Human Development*. 2011;87(5):373-80.

AP 38 Kim Y, Sherraden M. Do parental assets matter for children's educational attainment?: Evidence from mediation tests. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(6):969-79.

AP 41 Kordas K, Ettinger AS, Bellinger DC, Schnaas L, Téllez Rojo MM, Hernández-Avila M, et al. A dopamine receptor (DRD2) but not dopamine transporter (DAT1) gene polymorphism is associated with neurocognitive development of Mexican preschool children with lead exposure. *Journal of Pediatrics*. 2011;159(4):638-43.

AP 42 LaGasse LL, Woudes T, Newman E, Smith LM, Shah RZ, Derauf C, et al. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal neurobehavioral outcome in the USA and New Zealand. *Neurotoxicology and Teratology*. 2011;33(1):166-75.

AP43 Lanowska M, Köhler C, Oppelt P, Schmittel A, Gottschalk E, Hasenbein K, et al. Addressing concerns about cisplatin application during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*. 2011;39(3):279-85.

AP44 Lee BE, Hong YC, Park H, Ha M, Hyeong Kim J, Chang N, et al. Secondhand smoke exposure during pregnancy and infantile neurodevelopment. *Environmental Research*. 2011;111(4):539-44.

AP45 Leung BM, Wiens KP, Kaplan BJ. Does prenatal micronutrient supplementation improve children's mental development? A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011;11.

AP 46 Loomans EM, van der Stelt O, van Eijsden M, Gemke RJB, Vrijkotte T, Van den Bergh BRH. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*. 2011;87(8):565-70.

AP 52 Michalowicz BS, Hodges JS, Lussky RC, Bada H, Rawson T, Buttross LS, et al. Maternal periodontitis treatment and child neurodevelopment at 24 to 28 months of age. *Pediatrics*. 2011;127(5):e1212-e20.

AP 53 Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addiction science & clinical practice*. 2011;6(1):57-70.

AP 58 Piper BJ, Acevedo SF, Kolchugina GK, Butler RW, Corbett SM, Honeycutt EB, et al. Abnormalities in parentally rated executive function in methamphetamine/polysubstance exposed children. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2011;98(3):432-9.

AP 60 Richardson GA, Goldschmidt L, Leech S, Willford J. Prenatal cocaine exposure: Effects on mother- and teacher-rated behavior problems and growth in school-age children. *Neurotoxicology and Teratology*. 2011;33(1):69-77.

AP 62 Sandman CA, Davis EP, Buss C, Glynn LM. Exposure to Prenatal Psychobiological Stress Exerts Programming Influences on the Mother and Her Fetus. *Neuroendocrinology*. 2012;95(1):8-21.

AP 63 Sarfi M, Smith L, Waal H, Sundet JM. Risks and realities: Dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(4):578-89.

AP 65 Shallcross R, Bromley RL, Irwin B, Bonnett LJ, Morrow J, Baker GA. Child development following in utero exposure: levetiracetam vs sodium valproate. *Neurology*. 2011;76(4):383-9.

AP 67 Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Shah R, Haning W, et al. Motor and cognitive outcomes through three years of age in children exposed to prenatal methamphetamine. *Neurotoxicology and Teratology*. 2011;33(1):176-84.

AP 70 Suri R, Hellemann G, Stowe ZN, Cohen LS, Aquino A, Altshuler LL. A prospective, naturalistic, blinded study of early neurobehavioral outcomes for infants following prenatal antidepressant exposure. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(7):1002-7.

AP 73 Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: The impact on child emotional and behavioural problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;20(7):341-50.

AP 74 Vrijheid M, Martinez D, Aguilera I, Bustamante M, Ballester F, Estarlich M, et al. Indoor air pollution from gas cooking and infant neurodevelopment. *Epidemiology*. 2012;23(1):23-32.

AP 76 Whyatt RM, Liu X, Rauh VA, Calafat AM, Just AC, Hoepner L, et al. Maternal prenatal urinary phthalate metabolite concentrations and child mental, psychomotor, and behavioral development at 3 years of age. *Environmental Health Perspectives*. 2012;120(2):290-5.

AP 77 Yu XD, Yan CH, Shen XM, Tian Y, Cao LL, Yu XG, et al. Prenatal exposure to multiple toxic heavy metals and neonatal neurobehavioral development in Shanghai, China. *Neurotoxicology and Teratology*. 2011;33(4):437-43

AP80 Neurodevelopment of infants with prenatal exposure to polybrominated diphenyl ethers. Shy CG, Huang HL, Chang-Chien GP, Chao HR, Tsou TC. *Bull Environ Contam Toxicol*. 2011 Dec;87(6):643-8. Epub 2011 Sep 28.

B

B5 Baumgartner HA, Oakes LM. Infants' Developing Sensitivity to Object Function: Attention to Features and Feature Correlations. *Journal of Cognition and Development*. 2011;12(3):275-98.

B6 Bos AF, Roze E. Neurodevelopmental outcome in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011;53(SUPPL.4):35-9.

B7 Brandlistuen RE, Stene-Larsen K, Holmstrøm H, Landolt MA, Eskedal LT, Vollrath ME. Symptoms of communication and social impairment in toddlers with congenital heart defects. *Child: Care, Health and Development*. 2011;37(1):37-43.

B8 Lee MH, Ranganathan R, Newell KM. Changes in object-oriented arm movements that precede the transition to goal-directed reaching in infancy. *Developmental Psychobiology*. 2011;53(7):685-93.

B17 Bornstein MH, Putnick DL. Stability of language in childhood: A multiage, multidomain, multimeasure, and multisource study. *Developmental Psychology*. 2012;48(2):477-91.

B18 Bosch L. Precursors to language in preterm infants. Speech perception abilities in the first year of life. 2011. p. 239-57.

B27 Cruz JN, Laynez C, Quintana FC, Garcia MP. Neuropsychological Evaluation of High-Risk Children from Birth to Seven Years of Age. *Spanish Journal of Psychology*. 2012;15(1):101-11.

B28 D'Odorico L, Majorano M, Fasolo M, Salerni N, Suttora C. Characteristics of phonological development as a risk factor for language development in Italian-speaking pre-term children: A longitudinal study. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2011;25(1):53-65.

B44 Gadin E, Lobo M, Paul DA, Sem K, Steiner KV, Mackley A, et al. Volumetric MRI and MRS and Early Motor Development of Infants Born Preterm. *Pediatric Physical Therapy*. 2012;24(1):38-44.

B52 Hawk BN, McCall RB. Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Developmental Psychology*. 2011;47(3):732-8.

B59 Hupp JM, Sloutsky VM. Learning to learn: From within-modality to cross-modality transfer during infancy. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2011;110(3):408-21.

B62 Karasik LB, Tamis-LeMonda CS, Adolph KE. Transition from crawling to walking and infants' actions with objects and people. *Child Development*. 2011;82(4):1199-209. **B6** Bos AF, Roze E. Neurodevelopmental outcome in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011;53(SUPPL.4):35-9.

B81 McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early childhood development of late-preterm infants: A systematic review. *Pediatrics*. 2011;127(6):1111-24.

B87 Aarnoudse-Moens CSH, Oosterlaan J, Duivenvoorden HJ, Van Goudoever JB, Weisglas-Kuperus N. Development of preschool and academic skills in children born very preterm. *Journal of Pediatrics*. 2011;158(1):15-20.

B94 Bosch L. Precursors to language in preterm infants. Speech perception abilities in the first year of life. 2011. p. 239-57.

C

C3 Bremner JG. Four Themes from 20 Years of Research on Infant Perception and Cognition. *Infant and Child Development*. 2011;20(2):137-47.

C4 Connors ME. Attachment Theory: A "Secure Base" for Psychotherapy Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2011;21(3):348-62.

C7 D'Souza D, Karmiloff-Smith A. When modularization fails to occur: A developmental perspective. *Cognitive Neuropsychology*. 2011;28(3-4):276-87.

C8 Dan O, Sagi-Schwartz A, Bar-haim Y, Eshel Y. Effects of early relationships on children's perceived control: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*. 2011;35(5):449-56.

C9 DeRobertis EM. Deriving a third force approach to child development from the works of alfred adler. *Journal of Humanistic Psychology*. 2011;51(4):492-515.

C12 Frith CD, Frith U. Mechanisms of social cognition. *Annual Review of Psychology*. 2012;63:287-313.

C13 Giustardi A, Stablum M, De Martino A. Mother infant relationship and bonding myths and facts. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2011;24(SUPPL. 1):59-60.

C14 Groom A, Elliott HR, Embleton ND, Relton CL. Epigenetics and child health: Basic principles. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(9):863-9.

C18 Kagan J. Three Lessons Learned. *Perspectives on Psychological Science*. 2011;6(2):107-13.

C19 - Knafo A, Israel S, Ebstein RP. Heritability of children's prosocial behavior and differential susceptibility to parenting by variation in the dopamine receptor D4 gene. *Development and Psychopathology*. 2011;23(1):53-67.

C20 Kopp CB. Development in the early years: Socialization, motor development, and consciousness. 2011. p. 165-87.

C27 Marshall J. Infant Neurosensory Development: Considerations for Infant Child Care. *Early Childhood Education Journal*. 2011;39(3):175-81.

C31 Perfors A, Tenenbaum JB, Griffiths TL, Xu F. A tutorial introduction to Bayesian models of cognitive development. *Cognition*. 2011;120(3):302-21.

C34 Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*. 2011;333(6045):982-3.

C35 Shonkoff JP, Bales SN. Science Does Not Speak for Itself: Translating Child Development Research for the Public and Its Policymakers. *Child Development*. 2011;82(1):17-32.

C36 Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46.

C37 Shonkoff JP, Richter L, Van Der Gaag J, Bhutta ZA. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*. 2012;129(2):e460-e72.

C38 Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS, Pascoe J, Wood DL, et al. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 2012;129(1):e224-e31.

C43 - Tucker-Drob EM, Rhemtulla M, Harden KP, Turkheimer E, Fask D. Emergence of a Gene x Socioeconomic Status Interaction on Infant Mental Ability Between 10 Months and 2 Years. *Psychological Science*. 2011;22(1):125-33.

C50 Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(8):819-33.

C53 Kuzawa CW, Thayer ZM. Timescales of human adaptation: The role of epigenetic processes. *Epigenomics*. 2011;3(2):221-34.

C54 Infant rhythms versus parental time: promoting parent-infant synchrony. Guedeney A, Guedeney N, Tereno S, Dugravier R, Greacen T, Welniarz B, Saias T, Tubach F; CAPEDP Study Group. *J Physiol Paris*. 2011 Dec;105(4-6):195-200. Epub 2011 Jul 12. Review.

D

D1 Anderson V, Spencer-Smith M, Wood A. Do children really recover better? Neurobehavioural plasticity after early brain insult. *Brain*. 2011;134(8):2197-221.

D2 Boersma M, Smit DJ, De Bie HM, Van Baal GCM, Boomsma DI, De Geus EJ, et al. Network analysis of resting state EEG in the developing young brain: Structure comes with maturation. *Human Brain Mapping*. 2011;32(3):413-25.

D3 Engle PL, Fernald LCH, Alderman H, Behrman J, O'Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2011;378(9799):1339-53.

D4 Geddes R, Frank J, Haw S. A rapid review of key strategies to improve the cognitive and social development of children in Scotland. *Health Policy*. 2011;101(1):20-8.

D12 Muennig P, Robertson D, Johnson G, Campbell F, Pungello EP, Neidell M. The Effect of an Early Education Program on Adult Health: The Carolina Abecedarian Project Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*. 2011;101(3):512-6.

APÊNDICE B

Carta de solicitação para realização da pesquisa de campo nos municípios

São Paulo, de de .

Município: _____

Ilmo Sr. Secretário de Saúde Municipal

Venho através desta, solicitar autorização para realizar a coleta de dados do projeto “Desenvolvimento Infantil: análise de conceito”, com os enfermeiros de seu município que participaram da formação “*Promoção de desenvolvimento infantil com foco nos cuidados à criança de 0 a 3 anos ‘Apurando o olhar para as crianças’*”. Este projeto é uma pesquisa de doutorado desenvolvida por mim, Juliana Martins de Souza e com orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo da Escola de Enfermagem da USP. Nesta fase de estudo, nosso objetivo é buscar descrever a compreensão de enfermeiros acerca do termo desenvolvimento infantil. Participarão da pesquisa as (os) enfermeiras (os) envolvidas no projeto de desenvolvimento infantil do município que tenham realizado a formação acima citada. Após aprovação do município, será feito contato com os participantes para seleção da amostra e enviado o convite por email a cada um. A data para coleta de dados será definida de acordo com a disponibilidade do participante e da pesquisadora. Pretende-se realizar a entrevista no local de trabalho, com duração aproximada de 20 minutos.

O projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Desde já agradecemos a atenção e estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Juliana Martins de Souza

tel: 19 9341 9074

e-mail jumartins@usp.br

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

tel: 3066-7602

e-mail mdlorver@usp.br

Autorizo a coleta de dados: () sim

() não

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre Esclarecido da fase de campo

Meu nome é Juliana Martins. Sou enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da USP, e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo tem como objetivo realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil. A coleta de dados será feita mediante entrevista individual, e busca conhecer a compreensão de profissionais envolvidos com ações de promoção do desenvolvimento infantil sobre o tema. As entrevistas serão gravadas e depois transcritas e analisadas a fim de organizar os conteúdos que, posteriormente, subsidiarão elaboração de um conceito sobre desenvolvimento infantil para a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes. As entrevistas somente serão realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será assinado em duas cópias, sendo uma da pesquisadora e outra do participante da pesquisa. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. A desvantagem que o participante pode ter em participar da pesquisa é o dispêndio de tempo e a vantagem é contribuir para o aprimoramento do conhecimento da profissão.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e autorizado pela secretaria municipal de saúde. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo através do email: edipesq@usp.br. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (11) 3066-7652. Ciente destas informações, concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadoras:

Juliana Martins de Souza

Maria De La Ó R. Veríssimo

São Paulo, de de

APÊNDICE D

Carta convite enviada por email aos participantes da fase de campo

Eu, Juliana Martins de Souza, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo tem como objetivo realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil. O estudo terá 4 fases, na primeira será feito uma busca na literatura sobre o assunto, na segunda fase buscaremos descrever a compreensão de enfermeiros acerca do termo desenvolvimento infantil, na terceira fase as duas fases anteriores serão comparadas para formar o conceito de desenvolvimento infantil e na última fase este conceito será submetido a análise por peritos. As enfermeiras (os) que participaram da formação “*Promoção de desenvolvimento infantil com foco nos cuidados à criança de 0 a 3 anos ‘Apurando o olhar para as crianças’*”, que ocorreu em alguns municípios, estão sendo convidadas (os) para participarem da segunda fase desta pesquisa. Por isto, estamos convidando-o para participar de uma entrevista a ser realizada pela pesquisadora no seu local de trabalho, na qual será conversado sobre o seu olhar para o desenvolvimento infantil. A data será definida posteriormente de acordo com sua disponibilidade e da pesquisadora e a entrevista terá duração aproximada de 20 minutos. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A pesquisa justifica-se pela necessidade de definir um conceito de desenvolvimento infantil para subsidiar a padronização da linguagem em enfermagem.
- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade.
- A participação será voluntária, e os convidados poderão recusar-se ou desistir durante a coleta de dados, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização.
- Será garantido o anonimato dos participantes no relatório e na divulgação do estudo.
- As reuniões serão gravadas a fim de registrar fielmente as falas dos participantes que subsidiarão a avaliação.
- No final do estudo, os resultados serão apresentados para os grupos participantes.

Pedimos que retorne este email, ou entrem em contato conosco até o dia _____, para confirmar sua disponibilidade, a fim de podermos combinar o melhor dia para o encontro. Caso tenha alguma outra dúvida, também poderá entrar em contato.

Agradecemos a atenção e esperamos poder contar com sua valiosa contribuição.

Juliana Martins de Souza
tel: 19 9341 9074
e-mail jumartins@usp.br

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
tel: 3066-7602
e-mail mdllover@usp.br

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista da fase de campo

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Tempo de formação: _____

Tempo de atuação em saúde da criança: _____

Curso de Pós-Graduação: () Sim () Não

Área(s): _____

Participação na Capacitação da FMCSV: () Módulo I () Módulo II

() Módulo III () Módulo IV

O que é Desenvolvimento Infantil para você?

Quais são os fatores que influenciam o DI (o que faz a criança se desenvolver ou não)?

Como você sabe que a criança está se desenvolvendo bem (ou não está se desenvolvendo bem)?

Quais são as consequências do DI (o que acontece quando a criança tem um bom desenvolvimento e quando ela não tem um bom desenvolvimento)?

Obs: As questões serão exploradas, buscando-se estimular o relato de exemplos da prática e explicações, a fim de alcançar (profundidade e extensão / densidade) dos conteúdos

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre Esclarecido da Validação da Definição do Conceito

Meu nome é Juliana Martins de Souza. Sou enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da USP, e estou realizando uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo tem como objetivo realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil e revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relativos ao desenvolvimento infantil. Em fases anteriores do estudo, o conceito “desenvolvimento infantil” foi construído tendo por base a literatura científica e a compreensão de profissionais envolvidos com ações de promoção do desenvolvimento infantil acerca do termo, bem como foram revisados os diagnósticos da NANDA-I. Nesta fase, o conceito elaborado será submetido à análise por profissionais com experiência em saúde da criança. Sendo assim, gostaríamos de contar com sua contribuição, participando de um grupo focal sobre o tema, que será gravado. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. A desvantagem que o participante pode ter em participar da pesquisa é o dispêndio de tempo e a vantagem é contribuir para o aprimoramento do conhecimento da profissão. Este termo será assinado em duas vias, sendo uma do participante e uma da pesquisadora. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o referido Comitê (Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo-SP, telefone: (11)-3061 7548, e-mail: edipesq@usp.br). Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (64) 9268 3680 ou email: jumartins@usp.br. Ciente destas informações, concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

—

Pesquisadoras:

Juliana Martins de Souza

Maria De La Ó R. Veríssimo

APÊNDICE G

Questionário de caracterização dos sujeitos da pesquisa no grupo focal

Meu nome é Juliana Martins de Souza. Sou enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da USP, e estou realizando uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo tem como objetivo realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil e revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relativos ao desenvolvimento infantil. Nas fases anteriores do estudo, o conceito “desenvolvimento infantil” foi construído tendo por base a literatura científica e a compreensão de profissionais envolvidos com ações de promoção do desenvolvimento infantil acerca do termo, bem como foram revisados os diagnósticos da NANDA-I. Nesta fase, o conceito elaborado será submetido à análise por profissionais com experiência em saúde da criança. Sendo assim, gostaríamos de contar com sua contribuição, participando de um grupo focal sobre o tema, que será gravado. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. A desvantagem que o participante pode ter em participar da pesquisa é o dispêndio de tempo e a vantagem é contribuir para o aprimoramento do conhecimento da profissão. Este termo será assinado em duas vias, sendo uma do participante e uma da pesquisadora. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o referido Comitê (Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo-SP, telefone: (11)-3061 7548, e-mail: edipesq@usp.br). Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (64)9268 3680 ou e-mail: jumartins@usp.br. Ciente destas informações, concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

Caracterização do respondente

1. Profissão: _____
2. Idade: _____ 3- Sexo: () F () M
- 4-Cidade/Estado em que trabalha: _____
- 5-Local(is) de atuação profissional (assinalar todos, se houver mais do que um)
() Hospital () Atenção Básica () Instituição de Ensino () Outro (especificar): _____
- 6-Formação acadêmica
() graduação Ano de conclusão: _____
() mestrado Ano de conclusão: _____ Área: _____
() doutorado Ano de conclusão: _____ Área: _____
() especialização Ano de conclusão: _____ Área: _____
- 7-Tempo de atuação em Saúde da Criança: _____ anos
- 8- Tem publicação em Saúde da Criança? () sim () não
- 9- Atua ou já atuou na temática do desenvolvimento infantil?
() não
() sim .Especificar a temática com a qual trabalha/estuda relativa ao DI

APÊNDICE H

Questionário do grupo focal

O Desenvolvimento Infantil é parte do desenvolvimento humano, um processo único de cada criança que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive. É expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária. O período pré natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo que decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta.

- 1- Você considera que a definição proposta está clara? Se não, cite os pontos que geram dúvidas.

- 2- A definição expressa a complexidade do fenômeno desenvolvimento infantil?

- 3- Quais as potencialidades desta definição?

- 4- Você sugere alguma mudança na definição?

APÊNDICE I

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REVISADOS

Proposta: incluir o diagnóstico Disposição para desenvolvimento infantil melhorado.

Título: Disposição para desenvolvimento infantil melhorado	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Definição Um padrão de cuidado que é suficiente para apoiar/promover o processo de desenvolvimento da criança e pode ser fortalecido/reforçado.	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Características definidoras do diagnóstico Disposição para desenvolvimento infantil melhorado	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Evidência de vínculo da criança com o cuidador	() concordo () concordo parcialmente () não concordo

Necessidades da criança atendidas	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Ambiente familiar favorável ao desenvolvimento	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Condições econômicas favoráveis	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Contexto social adequado	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Apoio de profissional de saúde	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Interação com os pais	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Crescimento adequado	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Criança amamentada	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Apoio dos cuidadores para vivenciar situações de estresses (entrada na creche, hospitalização, mudanças familiares, etc)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Proposta: excluir o diagnóstico Atraso no crescimento e desenvolvimento e incluir o diagnóstico Atraso no desenvolvimento infantil

Título: Atraso no desenvolvimento infantil	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Definição Criança classificada em situação de atraso no desenvolvimento segundo escala de avaliação de desenvolvimento adotada como referência.	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Características definidoras do diagnóstico Atraso no desenvolvimento infantil	
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades motoras típicas do grupo etário	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades psicossociais típicas do grupo etário	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades na linguagem típicas do grupo etário	() concordo () concordo parcialmente () não concordo

Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades cognitivas típicas do grupo etário	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Fatores relacionados ao diagnóstico Atraso no desenvolvimento infantil	
Fatores intrínsecos da criança:	
Doenças	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Distúrbios genéticos	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Distúrbios congênitos	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Distúrbios sensoriais	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Aspectos relacionados com a gestação	
Uso de medicações na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Uso de tabaco na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não

	concordo
Uso de álcool na gestação	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Uso de drogas na gestação	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Doença materna	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Aspectos de cuidado	
Ausência de vínculo	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Institucionalização	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo
Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)	()concordo ()concordo parcialmente () não concordo

Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Falta de apoio de profissional de saúde	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Condições socioeconômicas Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Proposta: excluir o diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento e incluir o diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento infantil

Título: Risco de atraso no desenvolvimento infantil	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Definição Risco de apresentar atraso no desenvolvimento devido exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

Fatores de risco relacionados ao diagnóstico Risco de atraso no desenvolvimento infantil	
Fatores intrínsecos da criança:	
Doenças	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Distúrbios genéticos	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Distúrbios congênitos	() concordo () concordo parcialmente () não concordo

Distúrbios sensoriais	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Crescimento inadequado (perímetro cefálico, curvas de peso e estatura muito abaixo do esperado para a idade)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Ser classificada como risco para o desenvolvimento segundo escala de avaliação padronizada	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Aspectos relacionados com a gestação	
Uso de medicações na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Uso de tabaco na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Uso de álcool na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Uso de drogas na gestação	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Exposição a poluentes ambientais na gestação (por exemplo: dióxido de nitrogênio, benzeno, chumbo, manganês, pesticida, metais pesados)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Doença materna	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Aspectos de cuidado	

Ausência de vínculo	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Saúde mental materna alterada (ansiedade, depressão e estresse)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Exposição à violência doméstica (negligência, maus tratos, violência parental)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Institucionalização	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio suficiente de um cuidador (adoção, hospitalização, entrada na creche, mudanças familiares)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Falta de estímulo (ambiente físico inadequado, falta de oportunidade de brincar, interação inconsistente do cuidador com a criança, etc)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Falta de apoio de profissional de saúde	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Condições socioeconômicas	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Economicamente desfavorecido (renda familiar insuficiente, desemprego)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Condições sociais desfavoráveis (violência, falta de acesso a rede de apoio, etc)	() concordo () concordo parcialmente () não concordo
Comentários:	

APÊNDICE J

CARTA CONVITE E TCLE DA ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Convite

Meu nome é Juliana Martins de Souza e gostaria de convidá-la(o) para participar da coleta de dados do meu projeto de doutorado que tem como objetivo, nesta fase, validar o conceito do termo desenvolvimento infantil e a revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I . Se você concordar em participar deverá assinar o termo de consentimento livre esclarecido e responder o questionário a seguir, no verso desta folha você encontrará outras informações. Esta carta convite com o Termo de Consentimento deverá ficar com você e os questionários poderão ser entregues a qualquer momento para a pesquisadora ou na recepção do evento. Caso queira receber resultados da pesquisa e participar da próxima etapa de validação do conceito de desenvolvimento infantil, entrar em contato pelo email: jumartins@usp.br. Obrigada!

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Juliana Martins de Souza. Sou enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da USP, e estou realizando uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo tem como objetivo realizar análise de conceito do termo desenvolvimento infantil e revisão dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relativos ao desenvolvimento infantil. Em fases anteriores do estudo, o conceito “desenvolvimento infantil” foi construído tendo por base a literatura científica e a compreensão de profissionais envolvidos com ações de promoção do desenvolvimento infantil acerca do termo, bem como foram revisados os diagnósticos da NANDA-I. Nesta fase, o conceito elaborado e os diagnósticos revistos serão submetidos à análise por enfermeiros com experiência em saúde da criança. Sendo assim, gostaríamos de contar com sua contribuição, respondendo o formulário em anexo. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para

garantir o anonimato dos participantes. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. A desvantagem que o participante pode ter em participar da pesquisa é o dispêndio de tempo e a vantagem é contribuir para o aprimoramento do conhecimento da profissão. Este termo será assinado em duas vias, sendo uma do participante e uma da pesquisadora. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o referido Comitê (Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, São Paulo-SP, telefone: (11)-3061 7548, e-mail: edipesq@usp.br). Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (19) 99341 9074 ou email: jumartins@usp.br. Ciente destas informações, concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Pesquisadoras:

Juliana Martins de Souza

Maria De La Ó R. Veríssimo

APÊNDICE K

Síntese da proposta diagnóstica

A NANDA-I apresenta 02 diagnósticos de enfermagem que abordam o Desenvolvimento Infantil. Este estudo propõe a revisão destes diagnósticos e a proposta de um novo diagnóstico. A seguir apresento os diagnósticos atuais da NANDA-I que você pode consultar para responder o questionário caso sinta necessário. Os questionários para coleta de dados já apresentam a proposta dos diagnósticos revisados.

Atraso no crescimento e desenvolvimento* (00111) (1986)

Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento

Classe 1: Crescimento Classe 2: Desenvolvimento

Definição Desvios em relação aos padrões do grupo etário.

Características definidoras

- Afeto embotado
- Atraso em desempenhar habilidades típicas do grupo etário
- Crescimento físico alterado
- Desatenção
- Dificuldade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário
- Incapacidade em desempenhar atividades de autocontrole apropriadas à idade
- Incapacidade de realizar atividades de autocuidado apropriadas à idade
- Tempo de reação diminuída

Fatores relacionados

- Consequências de incapacidade física
- Cuidado inadequado
- Deficiências ambientais
- Deficiências de estimulação
- Dependência prescrita
- Indiferença
- Múltiplos cuidadores
- Responsividade inconsistente
- Separação de pessoas significativas

*Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição de 2015-2017, a não ser que seja feita mais investigação para separar os focos do diagnóstico de (1) crescimento e (2) desenvolvimento em dois conceitos diagnósticos separados.

Risco de atraso no desenvolvimento (00112) (1998)

Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento

Classe 2: Desenvolvimento

Definição Risco de atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas

Fatores de risco

Ambientais

- Economicamente desfavorecido
- Violência

Do cuidador

- Abuso
- Dificuldade de aprendizagem
- Doença mental
- Grave incapacidade de aprendizagem

Individuais

- Abuso de substâncias
- Convulsões
- Criança adotada
- Criança em instituição infantil
- Dependente de tecnologia
- Desastre natural
- Distúrbios congênitos
- Distúrbios genéticos
- Doença crônica
- Efeitos adversos relacionados ao tratamento (p. ex., quimioterapia, radioterapia, medicamentos)
- Envenenamento por chumbo
- Fracasso para desenvolver-se
- Lesão cerebral (p. ex., hemorragia no período pós natal, síndrome do bebê sacudido, abuso, acidente)
- Nutrição inadequada
- Otite média freqüente
- Prejuízo na audição
- Prejuízo na visão
- Prematuridade
- Teste para detecção de substâncias positivo
- Transtornos de comportamento

Pré natais

- Abuso de substâncias
- Analfabetismo

• Cuidado pré natal ausente• Distúrbios genéticos• Economicamente desfavorecido• Gravidez não desejada• Gravidez não planejada	• Cuidado pré natal insatisfatório• Cuidado pré natal tardio• Distúrbios endócrinos• Idade materna inferior a 15 anos• Idade materna superior a 35 anos• Infecções• Nutrição inadequada

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3081-7548/0050 - Fax: (11) 3081-7548
São Paulo - SP - Brasil
E-mail: etlpesq@usp.br

São Paulo, 18 de novembro de 2011.

Ilm.º Sr.
Prof.º Dr.º Maria De La Ó Ramalho Veríssimo

Ref.: Processo nº 1098/2011/CEP-EEUSP - SISNET CAAFE: 0114.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"Qualificação das práticas do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil integral: conceitos, diagnósticos e intervenções de enfermagem"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2- ARTIGO

INTERNATIONAL JOURNAL OF
NURSING KNOWLEDGE

The Official Journal of NANDA International

Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications*

Juliana Martins de Souza, MsC, and Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, PhD

Juliana Martins de Souza, MsC, is a Nurse, Master in Pediatrics, Doctorate Student at the Graduate Studies Program, School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo, Brazil, and Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, PhD, is a Nurse and a Professor at the School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Search terms:

Child development, classification, information system, nursing diagnosis

Palavras chave:

Classificação e sistema de informação, desenvolvimento infantil, diagnóstico de enfermagem

Author contact:

jumartins@usp.br or
jumartins2005@gmail.com,
with a copy to the Editor:
journal@nanda.org

*Work presented in the NANDA-I 2011 Latin American Symposium.

PURPOSE: Identify and analyze the NANDA-I diagnoses and the focus terms of the International Classification for Nursing Practices (ICNP) related to child development.

DATA SOURCES: Literature, reflections about clinical experience, and a model case.

DATA SYNTHESIS: The current diagnoses proposed by NANDA-I and the ICNP focus terms do not encompass the extent of the child development phenomenon.

CONCLUSIONS: It is necessary studying the child development concept to improve the definition of the ICNP focus terms and the accuracy of NANDA-I diagnoses.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: Discussing the nursing classifications can improve their understanding and use.

OBJETIVO: Identificar e analisar os diagnósticos da NANDA-I e os termos foco da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), relacionados ao desenvolvimento infantil.

FONTES DE DADOS: Literatura, reflexões sobre a experiência clínica e um caso modelo.

SÍNTESE DOS DADOS: Os diagnósticos atuais propostos pela NANDA-I e os termos foco da CIPE não abrangem a extensão do fenômeno desenvolvimento infantil.

CONCLUSÕES: É necessário estudar o conceito do desenvolvimento infantil para melhorar a definição dos termos focos da CIPE e a acurácia dos diagnósticos da NANDA-I.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: Discutir as classificações de enfermagem pode melhorar sua compreensão e uso.

The accountability and quality of nursing practice includes the standardization of language, which provides better organization and systematization of the nursing actions and places the professional's performance under observation in an orderly manner, thus favoring its constant refinement and changing (Cruz, 2000). In addition, nursing classifications can be a valuable tool in the nurse's work, as a body of knowledge that sustains a grounded and systematic practice, with the elements nursing interventions, which are provided to the patients, considering their human needs (nursing diagnoses), to produce certain results (nursing outcomes) (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2007).

The child's health is an area of great importance, on which nurses have a crucial role; therefore, it is critical that those classifications are able to approach the peculiarities of this age group. One of the priority axes of the comprehensive children health care is the growth and development follow-up (Ministério da Saúde, Brasil, 2002) by systematic developmental surveillance and screening. This allows professionals to support health promotion and disease prevention for children.

Acting in the promotion of child development is critical in ensuring the full development of the human being. Mustard (2010) presents research carried out in several countries that demonstrated the importance of early investments in

J. M. Souza and M. Veríssimo Child Development in the NANDA-I and International Classification

childhood to improve the overall quality of the population and to reduce inequalities in health, competence, and skills in competition.

It is understood today that child development results from the relationship between genetics and environment (Harvard University, 2012). The environment encompasses the quality of care that children receive early in life. Physical, mental, and social development of children depends largely on the care that they receive in childhood. This care must consider the very characteristics and needs of childhood, which arise from their development process (Brazelton & Greenspan, 2002; Chiesa, Fraccolli, & Veríssimo, 2008; Shore, 2000).

In Brazil, nurses have a strong role in childhood development surveillance at primary care, especially in the first 2 years of life. Child development in the first 2 years of life is of critical importance because in this stage (a) the nervous tissue has greater plasticity; (b) children are most vulnerable to diseases during the first 2 years; and (c) children more readily respond to therapy and stimuli received from the environment during the first 2 years. Therefore, it is essential that professionals, family, and community carry out surveillance of the development of their children, especially during this period (Figueiras, Souza, Rios, & Benguigui, 2005; Harvard University, 2012).

The diagnostic classifications are based on child development problems as a result of disease or other problems as inadequate care, not on prevention and health promotion. Therefore, there is a lack of diagnostic classifications to adequately guide the nurse in the selection of interventions to promote healthy child development.

Objective

The objective of this study was to identify and analyze the nursing diagnoses of NANDA-I (2010, 2011) and the focus terms of the International Classification for Nursing Practice (ICNP) version 2.0, both related to child development (International Council of Nurses [ICN], 2011).

Data Sources

A systematic search for diagnoses of NANDA-I and ICNP version 2.0 focus terms was carried out on their databases to apply them in a model case about an infant in a nursing consultation at primary care. A model case is a theoretical example based on reality designed to study a concept (Walker & Avant, 2004). In this model case, the infant had adequate feeding for the age, was within the appropriate growth percentiles for the age, and did not show any developmental delay or risk factors.

The search of the diagnoses of NANDA-I was performed at the original textbooks in English language and at the textbooks translated to Portuguese currently applied in nursing education in Brazil. Because the child development is a complex phenomenon which depends on individual characteristics and also on the daily care, all the domains, diagnoses and definitions of NANDA-I were analyzed to guarantee the inclusion of all the potential diagnoses (NANDA-I, 2010, 2011). We conclude that only domains 13 and 7 had nursing diagnoses relevant to the model case (Figure 1). Thus, they were analyzed to study their applicability to the case.

Figure 1. Nursing Diagnoses of NANDA-I, Related to Child Development and Their Definitions, Domains, and Classes

Child Development in the NANDA-I and International Classification J. M. Souza and M. Veríssimo

The search in the ICNP was carried out using the focus terms that approach aspects of child growth and development and their definitions. The term growth was also chosen because many authors use it to define development. We initially searched for these terms in the home page of the Order of Nurses in Portugal because they had translated the ICNP version 2.0 into Portuguese and the site also provides software that facilitates the search (Ordem dos enfermeiros, 2011). The terms were then found in version 1.0 (CIE, 2007) in Portuguese and later confronted with the current version, 2.0, translated into Brazilian Portuguese (ICN, 2011), which had been recently released. The original English version was also consulted to verify the translation (ICN, 2011).

To support the analysis of the classifications, it was used for the technical documents of the Brazilian Ministry of Health and the main literary sources about pediatric nursing and pediatrics in Brazil. The analysis was also discussed in a graduate class with nursing students and during clinical practice activities with undergraduate students.

Data Synthesis

Child Development in the NANDA-I Taxonomy

As shown in Figure 1, we analyze four diagnoses considered the most appropriate to the model case.

In domain 13, the terms growth and development are presented in two separate classes, but they are presented together in the diagnosis "Delayed growth and development" (Figure 1).

The child may have deviations of growth without development deficit and the opposite too; therefore, the diagnosis is not specific or appropriate for describing the most frequent situations. Although they are in general intrinsically related, delayed growth and development can be independently evaluated, with "different and specific approaches to their perception, description and evaluation" (Ministério da Saúde, Brasil, 2002). Growth can be objectively assessed with instruments that measure mass or dimensions, and development can be evaluated by comparison with the standards of reference. In addition, there are actions or interventions specific to each phenomenon.

The diagnosis *Delayed growth and development* is defined as "deviations from age-group norms" (NANDA-I, 2010, 2011). However, it does not explain how to select a standard to be considered to evaluate the child. Regarding the development, there are several scales that can be used for evaluation, and their selection and application require specific knowledge to obtain reliable results.

Regarding the diagnosis *Risk for disproportionate growth*, the definition of NANDA-I uses the reference standard developed by the National Center for Health Statistics and the Center for Disease Control of the United States. However, this reference was questioned by the World Health Organization (WHO) in 1993, considering several limitations. After an international study, the WHO proposed

a new benchmark, which is also recommended by the Brazilian Ministry of Health since 2007 (Victora, Araújo, & Onis, 2011).

The diagnosis *Risk for delayed development* is defined as "at risk of delay of 25% or more in one or more areas of (...) behaviors (...)" (NANDA-I, 2010, 2011). However, the assessment of the behaviors allows the classification of the status of the development but not the risks for delay in development. The risk for delay in the development is present when there are adverse factors that can alter the normal pace of development, e.g., poor care and stimulus offer to the children, or some biological characteristics of them (Figueiras, Souza, Rios, & Benguigui, 2005). Also, the risk for delay in the development does not predict levels of delays, so it is impossible to measure the development in a numeric way, which means that this diagnosis is unfeasible.

As described earlier, once the diagnosis of risk to the development is inadequate, only the diagnosis of real deficit is feasible. So the NANDA-I diagnoses only support the nurse in recognizing, implementing, and encouraging actions to restart development when the child has a problem, but not in addressing the aspects of child development promotion.

We also reviewed domain 7, Roles Relationships (NANDA-I, 2010, 2011), because it includes the diagnosis *Readiness for enhanced parenting* (NANDA-I, 2010, 2011). This diagnosis is pertinent to child development because the relationships between children and their caregivers are one of most important factors to promote development. It has defining characteristics that are relevant to the promotion of child development and to the elaboration of an adequate plan of care for the child. However, despite the fact that the definition of the diagnosis includes other caregivers, the term parenting might hamper choosing this diagnosis when the caregiver is someone other than the child's parents.

In summary, there are no specific nursing diagnoses related to child development promotion in NANDA-I to apply to this model case. The diagnostics of risk and deficit are not specific to ensure the proper approach to the nurse when promoting child development.

Child Development in the ICNP

In the ICNP, there are four focus terms related to growth—*growth*, *normal growth process*, *delayed growth*, *disproportionate growth*—and five terms related to child development—*adolescent development*, *newborn development*, *infant development*, *child development*, and *psycho-motor development* (ICN, 2011).

The focus terms growth and development are displayed in the ICNP as separate terms; however, their descriptions are confused, mixing the two concepts. For instance, the description of the term *growth* includes "normal physical development (...)" and the term *child development* includes "physical, mental and social growth and development, (...)" (ICN, 2011). Furthermore, several terms are described in the

J. M. Souza and M. Veríssimo Child Development in the NANDA-I and International Classification

same manner or have poor definitions, such as the terms "growth delay" and "disproportionate growth," both described as "growth" (ICN, 2011).

With such imprecise definitions and several foci addressing aspects of child growth and development, it is difficult to compose the diagnostic statement. The composition of various diagnoses with the same meaning impairs the standardization of the language.

The ICNP version 2.0 brings some defined diagnostic statements that address aspects of child development. These diagnostic statements approach aspects on risk or impairment of development and do not address the aspects of development promotion. Also, the descriptions of the diagnostic statements refer to the focus terms described earlier, without further details. The positive and negative diagnoses also have the same description.

Thus, the ICNP classification does not support the nurse in selecting or enunciating the diagnoses to this model case.

Discussion

The analysis performed here corroborates that one of the factors affecting the implementation and use of nursing diagnosis is the difficulty with the terminology (Paganin, Moraes, Pokorski, & Rabelo, 2008). According to Garcia and Nóbrega (2010), to promote the science of nursing, it is needed to make the language objective, placing the words that constitute it in a common universe of perception and communication. To recognize the meaning of the concepts in the special language of nursing is a basic aspect, and it increases its potential practical application.

The results of the study suggest that there are limitations in the current NANDA-I diagnosis related to healthy childhood development. Considering that growth and development are different phenomena, it is necessary to delineate each diagnostically. This study supports the need to conduct a concept analysis to delineate the diagnosis of and the defining characteristics related to healthy child development.

When consulting the Nursing Interventions Classification (Dochterman & Bulechek, 2008) and the Nursing-Sensitive Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008), we noted that several proposed results and suggested interventions are appropriate for child development promotion. However, neither NANDA-I nor the ICNP could be used to develop the care plan including those interventions and outcomes associated with a development diagnostic.

Therefore, one of the possible reasons that the child development topic in both classifications was inappropriate to answer the case model is that child development is a broad and complex process, not yet considered by these classifications. Thus, the analysis of the concept of the "child development" term is important in reviewing the definition of the focus terms of the ICNP focus and in affirming the accuracy of nursing diagnoses of NANDA-I in the promotion of child development. This analysis will entail the review of the terms and diagnoses in the original language,

as well as in the translations into Portuguese, either Brazilian and Luso (European) ones.

Conclusion

This study enabled us to verify that both nursing classifications NANDA-I and the ICNP address child development, but both need improvements, as they are restrictive and imprecise. This can occur because the term child development is broad and complex. To contribute to the improvement of nursing classifications related to child development, we are now performing a concept analysis of this term.

References

- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver*. Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Chiesa, A. M., Fracoli, L. A., & Veríssimo, M. L. O. R. (2008). O projeto nossas crianças: janelas de oportunidades: possibilidades e limites para a atenção à criança. In A. M. Chiesa, L. A. Fracoli & E. L. C. P. Zoboli (Eds.), (org.), *Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* (cap.1, pp. 13-28). São Paulo, Brazil: NACE-AENSC.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). (2007). *CIPE Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. São Paulo, Brazil: Algor.
- Cruz, D. A. L. M. (2000). Fenômenos e intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (Ed.), *Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo* (pp. 28-36). João Pessoa (PB), Brazil: Idéia Ed.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (4th ed.). (R.M. Garcez, Trad.). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Figueiras, A. C. M., Souza, I. C. N., Rios, V. G., & Benguigui, Y. (2005). *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da AIDPI*. Washington, DC: OPAS.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. (2010). Teorias de Enfermagem. In E. Y. Egry & T. R. Garcia (Eds.), *Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem* (Cap. 01, pp. 31-40). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Harvard University. (2012). Center on the Developing Child. How Early Experiences Get Into the Body: A Biodevelopmental Framework. Recuperado em 30 junho, 2012, de http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/multimedia/interactive_features/biodevelopmental-framework
- International Council of Nurses. (2011). Geneva International Classification for Nursing Practice. Version 2. Retrieved from: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>
- Ministério da Saúde. Brasil. (2002). Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; (Série Cadernos da Atenção Básica; 11-Série A Normas e Manuais Técnicos). Retrieved from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3rd ed.). (M. Avena, Trad.) Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Mustard, J. F. (2010). O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro: a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento durante a vida toda. In M. E. Young (Ed.), *Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças* (M. Lopes, Trad.) (pp. 25-66). São Paulo, Brazil: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- NANDA-I. (2010). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009-2011*. (Garcez, R.M., Trad.). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- NANDA-I. (2011). *Nursing diagnoses: Definitions and classifications 2012-2014* (9th ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Classificação das Práticas de Enfermagem 2.0 (CIPE)*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Child Development in the NANDA-I and International Classification J. M. Souza and M. Veríssimo

Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S., & Rabelo, E. R. (2008). Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(4), 150-157.

Shore, R. (2000). *Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro* (I.R. Brasil, Trad.). Porto Alegre, Brazil: Mercado Aberto.

Victora, C. G., Araújo, C. L., & Onis, M. (2011). Uma nova curva de crescimento para o século XXI. Retrieved from: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2004). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO CONGRESSO

23/4/2014

Projeto Juliana Martins de Souza - jumartins2005@gmail.com - Gmail

congresso

Gmail

Mover para a Caixa de Ent

ESCREVER

Entrada

Com estrela

Importante

Bate-papos

Enviados

Rascunhos (2)

Spam (7)

Pesquisar pessoas...

Imprensa Uniara

Alinea Assessori...

Deyse Daniela

Francine Ramos

Tania Marcondes

amanda miranda

bombeiro Max

Juliana Bianchini ...

Rayla Lemos

Juliana Martins <jumartins2005@gmail.com>

para Nair, Maria, mottinha

Boa tarde, encaminho em anexo o instrumento de coleta de dados do | de pesquisa.

Como já mencionado anteriormente a distribuição dos questionários n | autorização para realizar a coleta de dados.

Agradeço a atenção
Juliana Martins de Souza
Doutoranda EEUSP

Em 10 de outubro de 2013 13:26, Juliana Martins <jumartins2005@gm

Maria da Graça Corso da Motta <mottinha@enf.ufrgs.br>

para mim, Nair, Maria

Prezada juliana

A sua solicitação de coletar dados nas dependências FAURGGS em C | Neonatal em foi aprovada. Sugestão ter copia do parecer de aprovação
Atenciosamente,
Maria da Graça