**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NÁDIA PROENÇA DE MELO

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“RISCO DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”
PROPOSTO PARA A TAXONOMIA NANDA-I**

**SÃO PAULO
2018**

NÁDIA PROENÇA DE MELO

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“RISCO DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”
PROPOSTO PARA A TAXONOMIA DA NANDA-I**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramalho Veríssimo

SÃO PAULO

2018

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

Melo, Nádia Proença de

Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomia NANDA-I / Nádia Proença de Melo. São Paulo, 2018.

128 p.

Dissertação (Mestrado) – 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

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Nádia Proença de Melo

Título: Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil proposto para a taxonomia NANDA-I”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Ivone, minha fonte de amor, exemplo de ternura e bondade, por me acompanhar em todas as etapas deste processo, sendo grande apoio e fortaleza para que eu caminhasse em equilíbrio.

Ao meu pai, Arico (in memoriam), que, mesmo em sua trajetória breve ao meu lado, deixou em mim seu exemplo de generosidade, inteligência e determinação.

Ao meu avô, Jorge (in memoriam), que certamente estaria muito orgulhoso de mim ao ver sua neta estudando como ele sempre almejou.

A toda minha família e amigos que tornaram este sonho possível.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus pela oportunidade de vivenciar este sonho da pós-graduação com tanta determinação.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, pelo carinho e aprendizado. Por sempre ter uma postura humana, compreensiva, acolhedora, otimista e extremamente competente e admirável na forma como conduzir seus alunos.

Agradeço pelo aprendizado, pelas experiências compartilhadas e pela paciência em momentos delicados. E espero que, em breve, possamos continuar juntas a caminhada em busca da promoção de condições saudáveis para o desenvolvimento das nossas crianças.

À minha querida co-orientadora de coração, Juliana, por me proporcionar desenvolver a validação do diagnóstico por ela elaborado. Agradeço por toda a atenção, dedicação, paciência e disponibilidade sem fim em me ajudar a conquistar tais resultados. Espero também que nossa caminhada juntas esteja apenas começando.

A todas as mães, pais e crianças que participaram deste estudo. Sem o consentimento e atenção de vocês, nada poderíamos ter alcançado.

À minha família: minha mãe, meus avós, meu irmão, sobrinhos, cunhada, tias e tios e meus primos amados pela compreensão e paciência durante estes dois anos por terem sido meu alicerce nos momentos mais difíceis.

Aos meus sobrinhos, Daniel e Gabriel, que me proporcionaram compreender a riqueza sobre o processo do desenvolvimento da criança.

Ao meu querido primo, Levi, por não medir esforços em me ajudar nas tabelas e formatações durante o seu horário de almoço.

Aos meus grandes e verdadeiros amigos, Ana Cecília, Aline Fernanda, Aline Fredo, Aline Melo, Aline Campos, Carina, Duane, Karina, Marcela, Mariana, Milena, Tania, Tatiane, Thailly, que estiveram comigo nesta caminhada, fornecendo palavras de consolo, compreensão aos meus “nãos” e de motivação e paciência sem limites.

Ao meu grande irmão de coração, Ricardo, que me acolheu em sua casa e, principalmente, em seu coração, todas as vezes que precisei respirar com calma e retornar. Obrigada por sempre acreditar em mim!

À minha amiga, Fernanda, a qual dividiu a mesma casinha comigo durante um ano da sua vida, sendo meu ombro amigo em momentos difíceis, meu suporte nas dificuldades encontradas pelo caminho da pesquisa e meu lembrete diário de que eu sou capaz de tudo quando se tem um sonho.

À diretora de enfermagem do Hospital Infantil Darcy Vargas, Marta Marina, seu vice-diretor, Edinaldo, as Enfermeiras, Maria Alice e Viviane, a toda a equipe de enfermagem, escriturários, secretaria, limpeza e segurança pela oportunidade, acolhida e aprendizado adquiridos durante toda a coleta de dados.

Aos meus amigos atuais e antigos de trabalho, Andréia, Bruna, Fábria, Geórgia, Ingridy, Josélia e Marlene, que souberam me acalmar de maneira positiva e companheira em momentos delicados durante os longos plantões noturnos. E, principalmente, por acreditarem que este sonho poderia se concretizar. E a todos os demais colegas da equipe de enfermeiras e técnicas de enfermagem que, de certo modo, me apoiaram nesta escolha.

À Dr.^a Carla Trapé, por contribuir para o enriquecimento deste estudo com a autorização da aplicação do Índice de Reprodução Social.

Aqueles amigos que eu ganhei de presente durante este processo de formação: Carina, Clariana, Danieli, Daniel, Fernanda, Jamile e Samara. Agradeço todo o aprendizado, compreensão, troca de experiências positivas e negativas e carinho e apoio nos momentos de desespero. Certamente, essa sementinha de amizade plantada será cultivada para sempre.

À minha querida amiga, Gisele, enfermeira que dedicou todas as suas manhãs para me ajudar na coleta de dados. Colaborando para que este trabalho pudesse ser concretizado em tempo e trazendo boas energias e belas palavras durante os momentos de maior cansaço.

A todos os integrantes atuais e antigos do grupo de pesquisa “Cuidado em Saúde e promoção do desenvolvimento”, por me ajudar a olhar para situações e fenômenos em que sozinhos não conseguimos. Pelas trocas de conhecimento adquirido e pela oportunidade de estar em constante evolução.

À Prof.^a Dr.^a Áurea Tamami Minagawa Toriyama, pelo carinho e apoio durante minha trajetória, por todos seus conhecimentos compartilhados por meio de infinitas discussões sobre estatística e grupos sociais, entre outros e pela rica experiência durante a realização do PAE.

À Prof.^a Dr.^a Cecília Helena de Siqueira Sigaud, por todo o carinho e conhecimento compartilhado nas discussões e por todo ensinamento no processo de formação docente durante o PAE.

À Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, que proporcionou reflexões pertinentes e valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

E a todos os professores que conheci e me transformaram durante esta trajetória na pós-graduação.

Ao estatístico Bernardo, por toda a análise, discussão e conhecimentos que tivemos a oportunidade de realizar, bem como enriquecer-me com um novo olhar para as análises de pesquisas quantitativas.

À bibliotecária Juliana e a todos os colaboradores da biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”, por me auxiliarem nas buscas por periódicos, livros e revistas com tanta generosidade e carinho.

A todos os colaboradores e serviços da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por promoverem condições dos estudantes desenvolverem suas pesquisas com qualidade e eficiência.

“Quando a mudança acontece em ti, já começaste a mudar o mundo (Osho)”.

Melo NP. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomia da NANDA-I [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O diagnóstico de enfermagem contribui para a implementação da sistematização da assistência na área, porém há poucos diagnósticos de enfermagem voltados à saúde da criança já validados. Pesquisas recentes abordaram o fenômeno desenvolvimento infantil (DI), propondo e realizando a validação de conteúdo de diagnósticos relativos a esse fenômeno para a taxonomia da NANDA-I. Este estudo teve como finalidade contribuir para a validação de um desses diagnósticos.

OBJETIVO: realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a taxonomia NANDA-I. **MÉTODO:**

Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, com coleta de dados no ambulatório de especialidades do Hospital Infantil Darcy Vargas, São Paulo, SP, e em unidades de saúde da família do município de Catalão, GO, no período de junho a outubro de 2017. A amostra foi de 124 crianças de zero a três anos de idade, em situações clínicas estáveis e em atendimento nos serviços. O roteiro de coleta de dados foi aplicado em entrevistas aos responsáveis pelas crianças, investigando os fatores de risco para atraso no DI: doença crônica; doença aguda; distúrbios genéticos; distúrbios congênitos; distúrbios sensoriais; crescimento inadequado; prematuridade e/ou baixo peso ao nascer; uso de medicações na gestação; uso de tabaco na gestação; uso de álcool e drogas na gestação; exposição a poluentes ambientais; saúde mental materna alterada durante a gestação; doença materna; acompanhamento pré-natal; exposição à violência doméstica; desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado; institucionalização; estimulação inadequada da criança; condições sociais e condições econômicas inadequadas. A pesquisa foi conduzida conforme a Resolução 466/2012, mediante aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições de ensino envolvidas (nº2070709; nº1.939.608). As crianças foram classificadas conforme proposto no novo diagnóstico e conforme o instrumento de vigilância do desenvolvimento da criança, da caderneta de saúde, adotado como padrão-ouro. Realizaram-se testes de acurácia e de associação dos fatores de risco em relação às crianças que tiveram presença de todos os marcos do

desenvolvimento para a idade e às que tiveram algum marco ausente.

RESULTADOS: Os fatores de risco sob teste estiveram presentes em 108 (87,1%) crianças, sendo os mais frequentes: condições sociais e econômicas desfavoráveis (N=41 e N=34), doenças agudas e crônicas (N= 40), distúrbios congênitos (N=29), crescimento inadequado (N=28) e prematuridade ou baixo peso de nascimento (N=24). Nos testes de acurácia, a maioria dos valores de especificidade foi acima de 80%, e os de sensibilidade inferiores a 30%. A maioria dos fatores de risco teve odds ratio >1, destacando-se distúrbio genético (OR=38, $p<0,001$), distúrbio congênito (OR=4,4, $p<0,05$) e o desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado (OR=27, $p<0,05$). **CONCLUSÃO:** O desenho deste estudo forneceu uma direção para a eficiência diagnóstica dos fatores de risco para o diagnóstico proposto, contribuindo para o refinamento da acurácia diagnóstica, por meio da aplicação de testes. Assim, conclui-se que os distúrbios congênitos, os distúrbios genéticos e o desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicados obtiveram maior associação com a ausência de marcos para o desenvolvimento.

Palavras-chave: Diagnósticos de enfermagem. Desenvolvimento infantil. Enfermagem pediátrica. Estudos de validação. Testes de acurácia.

Melo NP. Clinical validation of the nursing diagnoses "Risk of delay in the child development" proposed for NANDA-I taxonomy. [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The existence of nursing diagnoses contributes to the implementation of the systematization of nursing care, however, there are few nursing diagnoses focused on the health of the child that has already been validated. Recent studies have approached the child development phenomenon (CD), proposing and performing the validation of the diagnoses related to this phenomenon for the NANDA-I taxonomy. This study aimed to contribute to the validation of one of these diagnoses.

OBJECTIVE: Carrying out the clinical validation of the nursing diagnoses "Risk of delay in child development" proposed for the NANDA-I taxonomy. **METHOD:**

Methodological study with a quantitative approach, the data was collected at the Hospital Infantil Darcy Vargas in São Paulo, SP, and also at the Health Strategy Unit in Catalão, GO, from June to October 2017. The sample was 124 children from zero to three years old, in stable clinical situations and in care in services. The instrument was applied during interviews with the caregiver for the children, investigating the risk of delay in CD: chronic disease; acute disease; genetic disorders; congenital disorders; sensory disorders; inadequate growth; prematurity and / or low birth weight; use of medications during pregnancy; use of tobacco during the pregnancy; use of alcohol and drugs during the pregnancy; exposure to environmental pollutants; maternal mental health altered during the pregnancy; maternal disease; prenatal care; exposure to domestic violence; cognitive development of impaired parents; institutionalization; inadequate stimulation of the child; social conditions and inadequate economic conditions. The research was conducted in accordance with the Resolution 466/2012, with the approval of the Research Ethics Committees of the institutions involved (nº2070709; no. 1,939,608). The children were classified according to the new diagnoses and also to the child development surveillance instrument, from the children health booklet, adopted as a gold standard. Tests of accuracy and association of risk factors have been made in relation to the children who had all developmental milestones present for age and who had some missing framework. **RESULTS:** The risk factors were present in 108 (87.1%) children, with the most frequent being: social

conditions and economic conditions (N = 41 and N = 34), acute and chronic diseases (N = 40), congenital disorders (N = 29), inadequate growth (N = 28), and prematurity or low birth weight (N = 24). In the accuracy tests, most of the specificity values was above 80%, and sensitivity was less than 30%. The majority of the risk factors had an odds ratio of > 1 , with a genetic disorder (OR = 38, $p < 0.05$) and cognitive impairment of parents impaired (OR = 27, $p < 0.05$). **CONCLUSION:** It was confirmed that the risk factors for the "Risk of Delayed CD" of the NANDA-I diagnoses increase the child's chance of having some developmental milestone delay. Although with low sensitivity, the screening tests for CD evaluation may not identify all children classified as risk or delay in CD, false positives, due to the studied phenomenon that considers expanded and continuous aspects of the child.

Keywords: Nursing diagnoses. Child development. Pediatric nursing. Validation studies. Accuracy tests.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de saúde.
AIDIPI	Atenção Integral as doenças prevalentes na infância
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DI	Desenvolvimento Infantil
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília.
GRUCRIA	Grupo de Pesquisa “Cuidado a Saúde Infantil”
NANDA- I	North American Diagnoses Association- Internacional
OR	Odds Ratio
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPCT	Pessoa, Processo, Contexto, Tempo.
SAE	Sistematização da Assistência de enfermagem
SENADEN	Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem promovido pela ABEn
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor preditivo Positivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do processo de enfermagem.....	24
Figura 2 - Espaço preparado para acomodar a criança durante a entrevista.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

- Quadro 1** - Estudos de levantamento de perfil diagnóstico, de reflexão sobre diagnósticos ou de mapeamento de perfil (N=31)..... 30
- Quadro 2** - Lista dos estudos relativos a diagnósticos de enfermagem em saúde infantil que realizaram testes de acurácia ou validação (N=17)..... 33
- Quadro 3** - Definição e fatores de risco para o diagnóstico de “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” 40

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Distribuição dos fatores de risco propostos para o diagnóstico “Risco de Atraso no Desenvolvimento Infantil” na amostra do estudo. (N=124) 56
- Tabela 2 -** Distribuição dos fatores de risco do diagnóstico “Risco para o atraso no DI” (NANDA-I), segundo os grupos com presença ou ausência de marcos de desenvolvimento com base nas classificações da caderneta de saúde da criança. 58
- Tabela 3 -** Distribuição dos testes de acurácia para as variáveis do diagnóstico “Risco de atraso no DI” nas crianças com marcos do DI ausentes. 59
- Tabela 4 -** Medidas de associação das variáveis do diagnóstico “Risco de atraso no Desenvolvimento infantil” com a ausência de marcos do DI. 60

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 O PROCESSO DE ENFERMAGEM: EM FOCO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	23
1.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	27
1.3 DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA	37
2 OBJETIVOS	43
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 MÉTODO.....	45
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	45
3.1.1 Local da pesquisa	47
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	49
3.4 COLETA DE DADOS: INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	49
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4 RESULTADOS.....	55
4.1 PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	55
4.2 SEGUNDA ETAPA: APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE ACURÁCIA PARA OS FATORES DE RISCO	57
5 DISCUSSÃO.....	64
6 CONCLUSÕES	70
7 CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA A PESQUISA DE ENFERMAGEM	72
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES	81
ANEXOS	120

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A saúde da criança desperta meu interesse desde o início da graduação em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), onde tive a oportunidade de aproximar-me da pesquisa, desenvolvendo um projeto voltado a oncologia pediátrica.

Logo após minha formação como enfermeira, iniciei o curso de especialização em “Cuidados Intensivos e emergenciais a criança e ao adolescente” no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Na sequência, fui aprovada no processo de *enfermeiro trainee* do Hospital e Maternidade RedeDor São Luiz - Unidade Itaim, onde iniciei minha carreira assistencial como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, atualmente, sou enfermeira especialista nesta unidade.

Buscando a aquisição de novos conhecimentos - a maior aproximação de algo que sempre me realizou, a pesquisa - e, visando a reflexão da minha prática profissional, realizei minha primeira disciplina como aluna especial na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2013. Nesta disciplina voltada a saúde da criança, tive a oportunidade de conhecer duas pessoas que me despertaram ainda mais o interesse em me dedicar à pesquisa: minha amiga, Danieli, e minha atual professora e orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramallo Veríssimo.

A contar desta data, inseri-me no grupo de pesquisa “Cuidado em Saúde Infantil” - Grucria, em que meu encantamento pelas pesquisas desenvolvidas, pelos referenciais teóricos importantes sobre o desenvolvimento humano e necessidades da criança e pelas ricas discussões experienciadas tornaram-me uma membra efetiva do grupo.

Após algum tempo de estudos, participações em eventos científicos e apresentações de revisões em congressos na área pediátrica, tive a oportunidade de me aproximar da temática de diagnósticos de enfermagem, quando me encontrei dentro da pesquisa. Descobrir, mais profundamente, a riqueza e a importância do diagnóstico para a prática do enfermeiro e despertou em mim imenso interesse para a pesquisa.

Dessa forma, articulando com as questões assistenciais que vivencio diariamente com os prematuros, tendo conhecimento da importância do planejamento do cuidado por meio de uma classificação padronizada exclusiva do enfermeiro, aproximei-me das pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem sobre o desenvolvimento infantil. Neste momento, tive a oportunidade de fazer parte de uma pesquisa sobre o processo de validação de diagnósticos de enfermagem propostos para a Taxonomia da NANDA-I.

Com a colaboração e imenso apoio da membra do grupo, a Prof.^a Dr.^a Juliana Martins de Souza (UFG), pude instrumentalizar-me sobre o processo de enfermagem, classificações de enfermagem, processos de validação de diagnósticos enfermagem até o momento em que me senti preparada para elaborar um projeto de pesquisa e ingressar no mestrado sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramallo Veríssimo.

Estar na pós-graduação (mestrado) sempre foi um grande sonho e uma meta cultivada por muitos anos dentro de mim. A escolha deste tema de pesquisa foi ao encontro de todas as minhas expectativas enquanto pesquisadora, ainda iniciante, e, atualmente, após a finalização deste estudo, espero que estes resultados possam corroborar para as pesquisas desenvolvidas nesta temática, bem como eu e minhas orientadoras possamos continuar a contribuir com evidências valiosas para a ciência.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como finalidade contribuir para a construção de diagnósticos para a taxonomia da NANDA-I, voltados à saúde infantil. Para tanto, partiu de uma revisão sobre os diagnósticos de enfermagem em saúde da criança. Ao identificar uma lacuna de diagnósticos validados sobre o fenômeno desenvolvimento, estabeleceu como objetivo estudar o diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”, proposto por Souza, Cruz e Veríssimo (2018).

1.1 O PROCESSO DE ENFERMAGEM: EM FOCO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Realizar o planejamento de ações é um exercício comum aos seres humanos, entretanto a fundamentação do planejamento destas ações deve estar vinculada a referenciais teóricos que possibilitem o enfermeiro formas de padronizar a identificação de fenômenos da prática (diagnósticos) e dos resultados (resultados) das suas ações (intervenções) (Barros, 2009). Assim, para que o cuidado de enfermagem seja organizado e sistematizado, faz-se necessária a utilização de uma ferramenta que possibilite o enfermeiro planejar sua prática de modo a seguir um referencial científico. A essência do saber e fazer na enfermagem provém das ideias plantadas por Florence Nightingale até os dias de hoje (Garcia, Nóbrega 2009).

Durante o processo de trabalho do enfermeiro, há situações em que são necessárias condutas efetivas frente aos problemas identificados. Dessa maneira, aprender a identificar tais problemas e elaborar um raciocínio clínico para direcionar o processo de trabalho é uma etapa importante (Oliveira et al., 2013) e fundamental ao processo assistencial de enfermagem.

Este processo é reconhecido como um instrumento conceituado e estratégico de cuidado humano. Por meio deste, o enfermeiro é capaz de organizar, estruturar, planejar e implementar as ações e cuidados essenciais e individuais a cada pessoa, além de incentivar o profissional a buscar ações de avaliação da sua prática (Oliveira et al., 2013).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em instituições públicas e privadas - considera o cuidado do profissional da enfermagem dentro de cinco etapas, cada uma constituída por procedimentos específicos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação e intimamente relacionadas, conforme a figura 1:

Figura 1 - Etapas do processo de enfermagem.

Fonte: A autora, com base em Resolução COFEN 358/2012, 2018.

A etapa de investigação corresponde ao levantamento de dados de enfermagem, também chamada de histórico de enfermagem, o qual consiste na coleta de informações relevantes para a avaliação de saúde e é fundamental para todo o processo de cuidado (Alvim et al., 2012; Potter, Perry, 2013; Tannure, Pinheiro, 2010).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem é a etapa de análise e interpretação criteriosa dos dados coletados na investigação, a qual permite determinar quais situações referentes à saúde requerem e podem receber intervenção

da enfermagem. A análise dos dados demanda julgamento, síntese e interpretação usando marcos de referência, que são os conhecimentos do profissional sobre os achados normais e os significados possíveis dos achados alterados (Alvim et al., 2012; Potter, Perry, 2013; Tannure, Pinheiro, 2010).

A partir dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro faz o planejamento de cuidados, isto é, define as intervenções de enfermagem propostas para atender as necessidades do paciente, cliente, ou usuário do serviço de saúde. A intervenção de enfermagem é toda e qualquer ação em resposta a um diagnóstico de enfermagem, que esteja embasada no julgamento e conhecimento clínico, visando resultados específicos (Alvim et al., 2012; Potter, Perry, 2013; Tannure, Pinheiro, 2010).

A prescrição de enfermagem, também chamada de implementação de enfermagem, significa colocar em prática ou executar aquilo que foi anteriormente planejado. E a avaliação é a etapa em que se verifica a eficácia da prescrição e pode levar a um novo início do ciclo de investigação, diagnóstico, planejamento, prescrição, avaliação (Alvim et al., 2012; Potter, Perry, 2013; Tannure, Pinheiro, 2010).

Considerando o foco deste estudo, são detalhados, a seguir, aspectos relativos ao diagnóstico de enfermagem.

Como a atuação do enfermeiro se dá a partir de uma resposta a condições de saúde e de vida do indivíduo, família e comunidade, a escolha do diagnóstico reflete tal identificação, voltado a um problema, a um estado de promoção de saúde ou de risco potencial (Herdman, 2013 apud NANDA-International, 2015):

- **Diagnósticos com foco no problema:** é um julgamento clínico a partir de resposta humana indesejável frente a condições de saúde ou de vida na pessoa, família, comunidade;
- **Diagnóstico de risco:** julgamento clínico diante da vulnerabilidade do indivíduo, família e comunidade, para o progresso de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/vida;
- **Diagnóstico de promoção da saúde:** julgamento clínico a partir de uma motivação ou desejo de elevar ou melhorar o bem-estar e conquistar um potencial de saúde. Essas respostas representam a disposição a aquisições de condições melhoradas de comportamentos de saúde em situações específicas aplicadas em qualquer estado de saúde. Aplicam-se a indivíduos, famílias e comunidades (Herdman, 2013 apud NANDA-International, 2015).

O diagnóstico de enfermagem expressa a situação e condição do doente e suas necessidades de intervenção de enfermagem (Cianciarullo et al., 2001). A enfermagem como ciência tem o foco clínico no diagnóstico de enfermagem, podendo aproximar o enfermeiro daquele que recebe seus cuidados por meio da aproximação com as suas demandas emocionais e fisiológicas (Braga, Cruz, 2003).

Pode ser percebido como um julgamento clínico ou um processo cognitivo de inferências baseadas nos achados durante a observação. Os diagnósticos são parte de iniciativas cuja finalidade é elaborar um sistema de linguagem unificado e compartilhado com todos os profissionais (Cianciarullo et al., 2001).

Uma dessas iniciativas é a taxonomia da NANDA-I (NANDA-International, 2015), que apresenta um sistema de classificação de linguagem na enfermagem e fornece uma estrutura para a prática, por meio de uma terminologia aplicável (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013). Estudo de revisão que buscou levantar o uso das classificações de enfermagem identificou que 50% das pesquisas utilizam a NANDA-I (Furuya et al., 2011).

Esta classificação vem se aprimorando por meio de estudos há mais de 40 anos. Em 1973, foi realizada a primeira conferência norte-americana para discussão de diagnósticos de enfermagem na *St. Louis University*. Com a continuidade das conferências, foi criada a *North American Diagnoses Association* (NANDA) em 1982 (Barros, 2009; Garcia, Nóbrega 2009).

No Brasil, a NANDA-I foi apresentada para os enfermeiros em 1990 por profissionais vinculados à Universidade Federal da Paraíba e lançada no primeiro Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. Desde a primeira versão, todas as edições foram traduzidas para a língua portuguesa, favorecendo sua divulgação no país. (Herdman, 2013 apud NANDA-International, 2015; Barros, 2009). Soma-se a isso grupos de estudos brasileiros que vêm testando e divulgando pesquisas sobre diagnósticos.

Esse movimento levou à criação de eventos específicos sobre o tema, como o Simpósio Nacional de Diagnósticos de enfermagem (SINADEN), promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e o NANDA-International, NIC, NOC (Barros, 2009).

Assim, evidencia-se que essa taxonomia se adequa à perspectiva de sistemas de classificação em saúde que ultrapassam fronteiras e proporcionam o uso de uma

linguagem padronizada para todos os enfermeiros, visando implementar ações de qualidade e eficazes na sua prática (Barros, 2009; Carvalho, Cruz, Herdman, 2013).

Observa-se, também, que essa taxonomia está em construção por meio de estudos que contribuem para a evolução da classificação. A qualidade dos estudos fornece à enfermagem a elaboração de ações cotidianas e visibilidade, proporcionando rigor científico para garantir a qualidade e compromisso profissional (Barros, 2009).

Dentre estudos de elaboração de diagnósticos, existem os estudos de validação. A validade de um diagnóstico se refere ao processo de levantamento de evidências para se utilizar tal diagnóstico no processo assistencial (Lopes, Silva, Araújo, 2013). Para uma prática da enfermagem fundamentada, é importante garantir a confiabilidade dos dados e o refinamento dos indicadores clínicos a serem utilizados nos diagnósticos. A utilização de testes acurados como de sensibilidade, especificidade e valores preditivos podem contribuir para este refinamento (Lopes, Silva, 2016).

A existência de diagnósticos validados contribui para a implementação do Processo de enfermagem e da SAE, pois oferece aos enfermeiros um conjunto de elementos para a classificação da situação de saúde de maneira uniforme, segura e confiável.

1.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA

Uma das áreas de atuação do enfermeiro na qual a implementação da SAE pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento é a saúde da criança. Nesse sentido, observa-se que também têm sido desenvolvidas pesquisas a fim de construir nomenclaturas de diagnósticos e intervenções de enfermagem para alcance de uma assistência diferenciada e de qualidade para a saúde infantil (Dantas, Silva, Nóbrega, 2018).

A infância é um período no qual ocorre importantes mudanças no âmbito físico, emocional, relacional, cognitivo e espiritual, tornando-se importante o conhecimento do processo de crescimento e desenvolvimento por todos os profissionais na área. O período pré-natal e os primeiros anos de vida compõem o alicerce de todo o processo de desenvolvimento físico, emocional e social, dado que, aos seis anos, o cérebro

infantil alcançou 90% do crescimento celular, estabeleceu trilhões de sinapses e desenvolveu os amplos contornos de sua autoestima, senso de moralidade, responsabilidade e empatia, sua capacidade de aprendizado e de relacionamento social e outros aspectos de sua personalidade (National Scientific Council on the Developing Child, 2007).

Assim, em busca de organizar uma série de programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade, foi criada em 2016 a lei “Marco legal pela primeira infância” (Brasil, 2016). O Marco Legal é uma lei voltada à promoção do desenvolvimento infantil que envolve ações visando à individualidade da criança, articulando diversos setores de assistência e reduzindo as desigualdades no acesso. Com esta conquista, as políticas estarão articuladas entre os profissionais e os ambientes para que todas as crianças tenham proteção e prevenção a violência, redução de riscos ao desenvolvimento, garantindo os direitos previstos no Estatuto da criança e adolescente (Brasil, 1990) e na Constituição Federal (Brasil, 1988).

Nos primeiros anos de vida, o desenvolvimento eficaz possibilita a formação de um indivíduo mais seguro, capaz de enfrentar situações adversas na vida, limitando as diferenças econômicas e sociais presentes na sociedade (Figueiras et al., 2005), portanto favorecer a criança condições para um desenvolvimento adequado talvez seja o mais importante que se pode oferecer aos humanos (Figueiras et al., 2005).

Cabe ao enfermeiro utilizar diagnósticos capazes de ajudar na interpretação das necessidades advindas do processo de desenvolvimento, bem como de possíveis alterações de saúde. Assim, diagnósticos validados constituem-se em instrumentos da prática assistencial de enfermagem.

Com o intuito de identificar na literatura as publicações referentes aos diagnósticos de enfermagem em pediatria, foi realizada uma busca nas bases de dados Cinahl, Embase e portal Pubmed por meio dos descritores *nursing diagnoses*, *child* e *pediatric nursing*, sem recorte temporal, atualizada até dezembro de 2017. Os critérios de inclusão foram: estudos que envolviam crianças acima de 29 dias de vida; publicações disponíveis na íntegra e nos idiomas: português, inglês e espanhol.

A definição dos descritores, o período de abrangência e as bases de dados tiveram a orientação de um profissional bibliotecário. A escolha de tais bases de dados relaciona-se com a disponibilização de estudos internacionais na área da enfermagem, abrangendo continente Europeu e Asiático. Os descritores visaram à

obtenção de estudos que acompanham a evolução das pesquisas em diagnósticos de enfermagem.

Foram selecionados 47 estudos entre o ano de 1986 a 2017 e constatou-se que 27 (57,4%) estudos foram escritos em língua estrangeira (inglês e espanhol) e 20 (41,6%) em língua portuguesa. O Brasil foi o país de origem da maioria com quarenta estudos (83,3%).

Observou-se que os diagnósticos de enfermagem em saúde da criança vêm sendo estudados há décadas, sendo a publicação mais antiga identificada de 1986, na qual foram elencados diagnósticos de enfermagem para crianças com alteração na eliminação intestinal, devido à mielomeningocele (Coffman, 1986). Contudo, pode-se dizer que ainda são em pequeno número, com uma média inferior a seis estudos por ano desde a primeira publicação.

As classificações diagnósticas identificadas nos estudos foram, na maioria, provenientes da NANDA-I (n= 38) e da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (n=5), contudo quatro estudos não se referiam a qualquer classificação padronizada.

Dentre os que não se fundamentaram em classificações, houve o primeiro estudo sobre o tema, já citado (Coffman, 1986): um que propôs utilizar uma classificação de diagnóstico para enfermeiros e outros profissionais em um mesmo sistema (Burns, 1993); dois que realizaram um levantamento de diagnósticos de enfermagem e tratamento em situações específicas - crianças agitadas (Voepel-Lewis et al., 2005) e crianças com broncodisplasia pulmonar (Cavender, 1990).

A grande maioria (N=30) abordou perfis de diagnósticos de enfermagem apresentados por populações pediátricas específicas, tais como crianças de uma região, portadoras de determinadas patologias, de famílias imigrantes agrícolas, hospitalizadas em setores definidos ou atendidas em serviço de atenção primária, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos de levantamento de perfil diagnóstico, de reflexão sobre diagnósticos ou de mapeamento de perfil (N=30).

Dados da publicação
1-Cavalcante AMRZ, Brunori EH, Lopes CT, Silva AB, Herdman TH. Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):155-60.
2-Medeiros PC, Beltrão BA, Chaves DBR, Lopes MVO, Silva VM. Evaluación de las características definidoras de los diagnósticos de enfermería nutricionales en niños matriculados en una guardería. Enfermería clínica. 2010;20(5): 301-304.
3-Bello PC, Amero PB, Alvarado SMM. Diagnóstico de Enfermería en la salud física de pré-escolares, en una comunidad mexicana. Esc Ana Nery Enferm. 2008;12(1):97-101.
4-Apostólico MR, Hino P, Egly EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):320-7.
5-Pascoal LM, Beltrão BA, Chaves DBR, Lopes MVO, Silva VM, Sousa VEC, et al. Estudio longitudinal de los diagnósticos de enfermería respiratorios en niños con infección respiratoria aguda. Enfermería Clínica. 2012; 22(5):255-60.
6-Batista LTO, Rodrigues FA, Vasconcelos JMB. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene. 2012;12(11):158-65.
7-Nóbrega RV, Nóbrega MML, Silva KL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2011;64(03):501-10.
8-Andrade LZC, Chaves DBR, Silva VM, Beltrão BA, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem respiratórios para crianças com infecção respiratória aguda. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):713-20.
9-Cavender BS. Nursing diagnoses and interventions in bronchopulmonary dysplasia: a case study. AACN Clin Issues Crit Care Nurs. 1990;1(2):331-8.

- 10-Leon PAP, Nóbrega MML. Nursing diagnoses in hospitalized children using NANDA I: a case study. Online Brazilian Journal of Nursing. 2012;11(01):68-77.
- 11- Voepel-Lewis T, Burke C, Hadden SM, Tait AR, Malvyia S. Nurse's diagnoses and treatment decisions regarding care of the agitated child. J Perianesth Nurs. 2005;20(4):239-248.
- 12-Burns C. Using a comprehensive taxonomy of diagnoses to describe the practice of pediatric nurse practitioners: findings of a field study. J Pediatr Health Care. 1993;7(3):115-21.
- 13- Coffman S. Description of a nursing diagnoses; alteration in bowel elimination related to neurogenic bowel in children with Myelome-ningoocoele. Issues Compr Pediatr Nurs. 1986;9(3):179-91.
- 14-Ribeiro SB, Silva VM, Guerra EMD, Lima MDA. Diagnósticos de enfermagem em crianças com apendicectomia. REME. 2011;15(1):19-24.
- 15-Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem em crianças com infecção respiratória. Rev Eletr Enferm. [internet] 2006;8(2):213-21. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a06.htm
- 16-Cavalcante AMRZ, Brunori EHFR, Lopes CT, Silva ABV, Herdman TH. Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):155-60.
- 17-Luciano TS, Nóbrega MML, Saporoli ECL, Barros ALBL. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas em Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2):250-6.
- 18-Pascoal LM, Beltrão BA, Chaves DBR, Lopes MVO, Silva VM, Sousa VEC, et al. Estudio longitudinal de los diagnósticos respiratorios em crianças. Enfermería Clínica. 2012;22(5):55-60.
- 19-Silva VG, Pereira JMV, Figueiredo LS, Guimarães TCF, Cavalcanti ACD. Diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatias congênitas: mapeamento cruzado. Acta Paul Enferm. 2015;28(6):524-30.
- 20- Souza JM, Veríssimo MLOR. Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications. Int J Nurs Knowl. 2013;24(1):44-8.

21-Gomes GLL, Nóbrega, MML. Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de diagnóstico de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(5):963-70.
22-Silva VM, Araújo TL, Lopes MVO. Evolução dos diagnósticos de enfermagem de crianças com cardiopatias congênitas. Rev Lat Am Enfermagem. 2006; 14(4).
23-Avena JM, Pedreira MLG, Herdman H, Gutiérrez MGR. Respiratory Nursing diagnoses: presenting evidence for identification of the defining characteristics in neonatal and pediatric populations. Int J Nurs Knowl. 2016;27(4):184-92.
24-Miranda FR, Lourenço Junior L, Miotto Junior A, Napoleão AA. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em lactentes: revisão integrativa. REME. 2013;17(3):720-25.
25-Giusti ACBS, Pellison F, Mendes WSR, Melo LL. Criança com displasia ectodérmica: diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados em NANDA e NIC. Arq Ciênc Saúde. 2006;13(1):39-43.
26-Pereira PJS, Souza NFH, Almeida RJ, Menezes DC, Bom GC, Trettene AS. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças submetidas a implante coclear. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03238.
27-Batista LTO, Rodrigues FA, Vasconcelos JMB. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene. 2012;12(11):158-65.
28- Sieleman J. Utilization of nursing diagnoses in Iowa Child Health Specialty clinic. Nurs Diagn. 1999;10(3):113-120.
29-Karatas H, Müller-Staub M, Erdemir F. Determination of nursing diagnoses in children of agricultural laborer families in South Eastern Regions of Turkey. Int J Nurs Knowl. 2016;29(1):29-37.
30-Freitas SMFM, Ferreira AGN, Torres CA, Gubert FA, Silva KL, Pinheiro PNC. Health promotion of the triad mother-child and Family and the nursing diagnoses of ineffective breastfeeding in childcare consultation. Rev Enferm UFPE on line. 2011;5(8):1995-2000.

Fonte: A autora

No Quadro 2, estão apresentados os estudos que tiveram como objetivo realizar testes de acurácia diagnóstica ou estudo de validação.

Quadro 2 - Lista dos estudos relativos a diagnósticos de enfermagem em saúde infantil que realizaram testes de acurácia ou validação (N=17).

Dados da publicação
1- Freire VECS, Lopes MVO, Silva VM. Systematic review and meta-analysis of the accuracy of clinical indicators for ineffective airway clearance. Journal of Advanced Nursing. 2014;71(3).
2-Beltrão BA, Herdman TH, Pascoal LM, Chaves DBR, Lopes MVO. Ineffective breathing pattern in children and adolescent with congenital heart: accuracy of defining characteristics. J Clin Nurs. 2015;24:(17-18):2505-13.
3-Sousa VEC, Lopes MVO, Silva VM, Keenen GM. Defining the key clinical indicators for ineffective breathing pattern in pediatric patients. J Clin Nur. 2015;24:1773-83.
4- Souza JM, Cruz DALM, Veríssimo MLOR. Child Development: new diagnoses for the NANDA International. Int J Nurs Knowl. 2018;29(2):112-6. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12167/full
6-Ferreira AM, Predebom CA, Cruz DALM, Rabelo ER. Clinical Validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. Int J Nurs Terminol Classif. 2011;22(4):162-9.
7-Teixeira IX, Lopes MVO, Martins LCG, Diniz CM, Menezes AP, Alves NP. Validation of clinical indicators of imbalanced nutrition: less than body requirements in early childhood. J Pediatr Nurs. 2016;31:179- 86.
8-Chaves DBR, Beltrão BA, Pascoal LM, Oliveira ARS, Andrade LZC, Santos ACB, et al. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz das vias aéreas”. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):102-9.
9-Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL, Ciol MA, Carvalho EC. Clinical indicators of ineffective airway clearance in children with congenital heart disease. J Clin Nurs. 2009;18(5):729-36.
10-Carvalho OMC, Silva VM, Távora RCO, Chaves DBR, Beltrão BA, Lopes MVO. Adecuación de las características definitorias en los diagnósticos de deterioro del intercambio de gases y de la ventilación espontánea en niños asmáticos. Enfermería Clínica. 2015;25(6):296-304.

11-Andrade LZC, Moura KKM, Chaves DBR, Silva VM, Lopes MVO. Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda. Rev Eletr Enferm. [internet]. 2014;16(1):21-7.
12-Andrade LZC, Silva VM, Lopes MVO, Chaves DBR, Távora RCO. Desobstrução ineficaz de vias aéreas; prevalência e espectro dos seus indicadores clínicos. Acta Paul Enferm. 2014;27(4):319-25.
13-Lima LHO, Lopes MVO, Falcão RTS, Freitas RMR, Oliveira TF, Costa MCC. Intervention for ineffective airway clearance in asthmatic children: a controlled and randomized clinical trial. Int J Nurs Pract. 2013;19(1):88-94.
14- Monteiro FPM, Araújo TL, Costa FBC, Leandro TA, Cavalcante TF, Lopes MVO. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):855-63.
15-Silva RAR, Bezerra MX, Souza Neto VL, Mororo DDS, Andrade ICF. Crianças com doenças renais: associação entre diagnósticos de enfermagem e seus componentes. Acta Paul Enferm. 2017;30(1):73-9.
16-Pascoal LM, Lopes MVO, Silva VM, Chaves DBR, Beltrão BA, Nunes MM, et al. Clinical Differentiation of respiratory nursing diagnoses among children with acute respiratory infection. J Pediatr Nurs. 2016;31(1):85-91.
17-Predebom CM, Cruz DALM, Matos FGOA, Ferreira AM, Pasin S, Rabelo ER. Evaluation of pain and accuracy diagnostic in hospitalized children. Int J Nurs Knowl. 2012;23(2):106-13.
18-Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL, Beltrão BA, Monteiro FPM, Cavalcante TF, et al. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. Heart Lung 2011;40(3):70-7.

Fonte: A autora

A diversidade de diagnósticos envolveu principalmente problemas de saúde. Desses diagnósticos, destacaram-se estudos relacionados ao sistema respiratório com quinze publicações; três estudos relativos ao sistema cardiológico; três, ao crescimento e desenvolvimento infantil; e os demais, com um estudo cada, trataram de levantamento de diagnóstico após cirurgia cardíaca e implantes cocleares; questões terapêuticas que abordam queimaduras e questões dermatológicas; dor e fisiológicas como eliminações intestinais, questões psicológicas como ansiedade e

agitação da criança; e questões sociais como a violência doméstica e levantamento de perfis diagnósticos específicos.

Quanto ao tipo de estudo: quarenta (83,3%) eram transversais; um (2,0%) era estudo de caso; três (6,2%), revisões sistemáticas; um (2,0%), de abordagem longitudinal e um (2%), experimental. No que tange ao ambiente em que foram desenvolvidos, quarenta (83,3%) foram realizados na atenção secundária e terciária; e cinco (10,4%), na atenção primária.

A prevalência de estudos sobre diagnósticos de enfermagem relacionados a doenças do sistema respiratório pode ter ocorrido devido à prevalência de infecções respiratórias na infância, podendo levar ao óbito caso não identificado precocemente (França et al., 2017). Em seguida, os estudos que envolvem diagnósticos em situações de doenças do sistema cardiológico podem ser justificados por serem as malformações congênitas mais comuns na criança, correspondendo a 20-30% dos casos de morte no primeiro mês de vida, além de serem a causa mais frequente de emergências pediátricas (Guimarães, São Pedro, Guimarães, 2017).

Observou-se nessa revisão que o tema dos diagnósticos ainda é incipiente na área de saúde infantil, destacando-se publicações nas quais apenas foi realizado levantamento dos perfis diagnósticos em situações específicas. Isso aponta para uma lacuna de estudos que efetivamente possam instrumentalizar os profissionais para aplicar a SAE e operacionalizar o processo de enfermagem nos serviços de saúde no Brasil com o uso dos diagnósticos.

Com intuito de realizar uma análise mais aprofundada dos estudos sobre os DE encontrados, foram selecionados os dezoito artigos que abordaram testes de validação de diagnósticos específicos e foi realizada análise à luz das necessidades essenciais da criança (APÊNDICE A) (Brazelton, Greenspan 2002). Essa análise pretendeu conhecer a abrangência dos diagnósticos estudados e especificar lacunas de conhecimento.

Utilizou-se o referencial das necessidades essenciais, pois permite o olhar ampliado para a criança, considerando suas especificidades de sujeito em processo de desenvolvimento. O referencial traz experiências que abordam situações da família, de setores da saúde, educação e judiciário de maneira organizada, evidenciando ações em cada uma dessas esferas que respondem às necessidades essenciais, denominadas como: relacionamentos sustentadores contínuos; proteção física, segurança e regulamentação; experiências que respeitem as diferenças

individuais; experiências adequadas ao desenvolvimento; estabelecimento de limites, organização e expectativas; comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural (Brazelton, Greenspan, 2002), as quais estão sintetizadas a seguir.

Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos são processos de interações afetivas, seguras e empáticas entre o cuidador e a criança (Brazelton, Greenspan, 2002).

Necessidade de proteção física e segurança busca garantir condições adequadas para que a criança tenha a integridade física e fisiológica preservadas, de maneira a garantir a alimentação, sono, higiene, repouso, amparo, atividades (Brazelton, Greenspan, 2002).

Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais, trata-se da criança como ser único e individual com suas características físicas e emocionais, as atividades e cuidados devem ser de acordo com a criança e não de forma padrão (Brazelton, Greenspan, 2002).

Na necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento são importantes que sejam oferecidos estímulos adequados e possibilitem interações com a criança para que se sinta aceita, segura e querida. Para que cada estágio de desenvolvimento da criança e domínios adquiridos ocorram de forma gradativa, deve-se prover como alicerce para as seguintes, como meio para oferta de experiências que sejam apropriadas para a conquista das competências de cada fase (Brazelton, Greenspan, 2002).

Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas refere-se a elementos fundamentais para a aproximação da criança no contato social. A criança precisa estabelecer a capacidade de compreender o outro com suas características individuais, bem como identificar objetivos importantes para ela, a fim de equilibrar suas expectativas (Brazelton, Greenspan, 2002).

Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras de continuidade cultural aborda sobre o sentimento de que a criança é parte de um grupo familiar e comunitário e as trocas com as pessoas (Brazelton, Greenspan, 2002).

O texto produzido nessa revisão (APÊNDICE A) mostrou que os artigos abordaram nove diagnósticos, sendo cinco relativos ao sistema respiratório; dois, ao desenvolvimento infantil; um, à nutrição; um, à dor aguda; e um, à eliminação urinária, e que a grande maioria dos estudos correspondeu à necessidade de proteção física e segurança. As demais necessidades foram contempladas em apenas um diagnóstico

de promoção a saúde da criança, com foco no desenvolvimento infantil. Assim, ficou clara a importância de ampliar o conhecimento nessa temática.

Dado que os diagnósticos relativos ao DI podem contemplar de forma mais abrangente as necessidades da criança, necessários aos atendimentos infantis nos diversos contextos da atenção à saúde - aborda-se a seguir a situação dos diagnósticos da NANDA-I relativos ao DI e sua relevância.

1.3 DIAGNÓSTICOS DA NANDA-I SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA

Até a edição de 2013 da NANDA-I, constavam em seu conteúdo diagnósticos relacionados ao desenvolvimento que não haviam sido validados, o que levou a sua exclusão na edição de 2015 (NANDA International, 2015).

Isso corroborou com o estudo, realizado por Souza, Veríssimo (2013), que demonstrou que as principais classificações utilizadas pela enfermagem brasileira, a CIPE e a NANDA-I, não abordavam o fenômeno DI em toda sua complexidade. As autoras destacaram que os diagnósticos da NANDA-I tinham limitações em suas definições que tornavam difícil sua aplicação, além de abordarem diferentes conceitos, crescimento e desenvolvimento, em um único diagnóstico.

Dois estudos recentes propuseram diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil para a taxonomia NANDA-I, considerando a necessidade de preencher essa lacuna (Monteiro et al., 2016; Souza, Cruz, Veríssimo, 2016).

O estudo de Monteiro et al. (2016) propôs e analisou o diagnóstico de disposição para o desenvolvimento infantil melhorado do lactente, definido como: mudanças constantes na maturação das estruturas físicas, cognitivas e psicossociais que podem ser melhoradas e são suficientes para o lactente alcançar funções cada vez mais complexas em suas habilidades motoras, em pensamentos e relacionamentos sociais e aspectos do conhecimento (aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento e resolução de problemas). Apresentou como características definidoras: crescimento satisfatório, com índices antropométricos esperados para o sexo e idade do lactente; desempenha habilidades motoras grossas e finas conforme o padrão etário; expressa adequadamente capacidades iniciais de

percepção e processamento; estabelece relação mútua com pais e/ou cuidadores, conforme padrão etário; expressa linguagem conforme padrão etário e demonstra padrões de comportamento sociais conforme padrão etário.

Estas características definidoras foram avaliadas por meio de um instrumento construído com base na literatura e validado por enfermeiros. A coleta de dados e a validação das características definidoras foram realizadas por enfermeiras especialistas na área avaliação da criança e obtiveram como resultados valores elevados de sensibilidade e valores baixos de especificidade para todas as variáveis.

O estudo de Souza, Cruz, Veríssimo (2016) propôs três novos diagnósticos voltados ao DI: “atraso no desenvolvimento infantil”, definido como criança classificada em situação de atraso no desenvolvimento, segundo escala de avaliação de desenvolvimento adotada como referência; “disposição para desenvolvimento infantil melhorado”, definido como um padrão de cuidado que é suficiente para apoiar/promover o processo de desenvolvimento da criança e pode ser fortalecido/reforçado e “risco de atraso no desenvolvimento infantil”, definido como risco de apresentar atraso no desenvolvimento, devido à exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento.

Estes diagnósticos propostos foram submetidos à análise por juízes e peritos no tema com níveis elevados de concordância, porém ainda sem validação clínica (Souza, Veríssimo, Cruz, 2016).

A importância de contar com diagnósticos de enfermagem validados para esse foco deve-se à relevância do processo de desenvolvimento na vida da criança. Na área da saúde, isso se evidencia claramente, dado que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, preconizado desde 1985, foi definido como o eixo central das linhas de cuidado para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (Brasil, 2005) e o desenvolvimento integral da primeira infância compõe um dos sete Eixos Estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Brasil, 2015).

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, que visam “orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde”, sendo um deles:

(a) promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e

desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (Brasil, 2015)

Nos primeiros anos de vida, o acompanhamento do desenvolvimento da criança tem papel fundamental na promoção do desenvolvimento saudável. Nesta fase da vida extrauterina, o tecido nervoso sofre alterações e amadurece, estando susceptível a agravos (Figueiras et al., 2005).

É de responsabilidade do enfermeiro compreender a criança em seus diversos contextos e avaliar as necessidades, tomar decisões e orientações para a família. Dessa forma, faz-se necessário a adoção de estratégias para promover e prevenir, em tempo hábil, alterações do desenvolvimento saudável e fornecer uma assistência humanizada e de qualidade para o ser humano se desenvolver (Falbo et al., 2012).

Para isso, verifica-se no processo de diagnóstico de enfermagem uma peça chave para a melhoria da prática de enfermagem, podendo proporcionar organização e sistematização das ações do profissional no cuidado da criança e, também, em outras fases da vida. A responsabilidade de cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo, o que possibilita a identificação precoce nas alterações do DI.

Assim, foi elaborado um projeto de pesquisa visando validar os diagnósticos propostos por Souza, Cruz e Veríssimo (2018). A avaliação da criança com apoio do diagnóstico de enfermagem como referência favorece que ações de enfermagem sejam executadas de forma sistematizada e constante (Braga, Cruz, 2003).

Os referidos diagnósticos foram elaborados a partir de um estudo de análise de conceito do fenômeno DI. Tal estudo fundamentou-se na Bioecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfrenbrenner (2011), que define o desenvolvimento como um processo de mudanças e estabilidades das características dos indivíduos ao longo da vida e por gerações, as quais são dependentes e atreladas a quatro dimensões que se influenciam: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo, e constituem o modelo PPCT. O novo conceito, submetido à validação por experts, definiu o Desenvolvimento Infantil como:

(...) 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. (Souza, Cruz, Veríssimo 2016).

Optou-se por abordar, no presente estudo, o diagnóstico “Risco para o atraso no desenvolvimento infantil”, dado que identificar as situações consideradas de risco pode proporcionar rápida e importante atuação do enfermeiro no processo de cuidado. No estudo anterior (Souza, Cruz, Veríssimo 2016), o diagnóstico teve a revisão do enunciado, da definição e dos fatores de risco em relação ao que constava na NANDA-International (2015). Foi mantido no Domínio 13 “Crescimento/Desenvolvimento” e na classe 2: “Desenvolvimento”. O quadro 3 apresenta a definição e os fatores de risco propostos para este diagnóstico.

Quadro 3 - Definição e fatores de risco para o diagnóstico de “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”

Definição proposta: Risco de apresentar atraso no desenvolvimento devido à exposição a situações que interferem negativamente no desenvolvimento.
Fatores de Risco da criança: Doenças (agudas e crônicas); Distúrbios genéticos; Distúrbios congênitos; Distúrbios sensoriais; Crescimento inadequado; 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, pesticidas, metais pesados); Saúde mental materna alterada durante a gestação;

Doença materna; Acompanhamento pré-natal insuficiente.

Aspectos relacionados ao cuidado diário:

Exposição à violência doméstica; Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado; Institucionalização; Falta de estimulação da criança; Condições sociais desfavoráveis; Condições econômicas desfavoráveis.
--

Fonte: Souza, Cruz, Veríssimo 2018.

Dada a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança, sendo prioridade na elaboração de programas, na formação dos profissionais e na formulação de políticas públicas (Brasil, 2016), e considerando o diagnóstico de enfermagem como ferramenta para a assistência individualizada à criança, este estudo propôs realizar a validação clínica dos fatores de risco do DE “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” de Souza, Cruz e Veríssimo (2018).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi realizar a validação clínica dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência dos fatores de risco que compõem o diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a NANDA-I;
- Testar a acurácia dos fatores de risco que compõem o diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a NANDA-I com a ausência de marcos do desenvolvimento infantil;
- Testar a associação dos fatores de risco que compõem o diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” proposto para a NANDA-I com a ausência de marcos do desenvolvimento infantil.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo integra uma pesquisa de validação clínica dos diagnósticos de enfermagem sobre DI propostos por Souza, Cruz e Veríssimo (2018). Apresenta-se aqui a parte relativa ao diagnóstico de enfermagem Risco de Atraso no Desenvolvimento Infantil.

Trata-se de um estudo metodológico, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e não experimental, que busca aprimorar a obtenção, organização, confiabilidade e a validade de ferramentas de levantamento de dados (Polit, Beck, 2011).

A validação de diagnósticos de enfermagem tem como objetivo aumentar a acurácia do diagnóstico e, no caso do diagnóstico em foco, possibilitar ferramentas para que o enfermeiro possa avaliar os aspectos do desenvolvimento infantil e seus riscos (Cavalcante et al., 2013).

A validação clínica proporciona testar os atributos contidos na revisão da taxonomia durante o processo de análise de conceito e validação de conteúdo por especialistas na prática clínica (Oliveira et al., 2013), etapas estas percorridas anteriormente, no estudo que propôs os diagnósticos sobre DI (Souza, Veríssimo, 2015; Souza, Veríssimo, Cruz, 2018.).

Esses estudos são fundamentais para promover a acurácia dos fenômenos encontrados na prática clínica. Tratando-se de diagnósticos de enfermagem, a acurácia diagnóstica pode representar a correspondência das respostas humanas aos dados elencados pelos avaliadores dos diagnósticos (Lopes, Silva, Araújo 2013).

Tornar um diagnóstico de enfermagem válido - e aperfeiçoar e desenvolver seus elementos para a taxonomia da NANDA-I - é essencial para que o enfermeiro obtenha ferramentas para estruturar a prática clínica, visando à melhoria da qualidade da avaliação e assistência prestada (Cavalcante, Araújo 2013; Oliveira et al., 2013). Representa o diagnóstico na prática clínica real e em demais situações em que ele possa aparecer.

A padronização de uma linguagem validada do diagnóstico possibilita orientar as intervenções de enfermagem e mensurar os resultados apresentados pelos indivíduos sensíveis ao cuidado (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013).

Para o processo de validação clínica, ou para aplicação de testes de acurácia diagnóstica, faz-se necessário o procedimento de algumas etapas. Trata-se, inicialmente, de um levantamento bibliográfico sobre a temática e definição das proposições diagnósticas; avaliação deste conteúdo por enfermeiros especialistas e experts na área; e a aplicação deste no cenário real. Nesta esta última etapa, em que o cenário clínico deve ser investigado, o pesquisador verifica a presença ou ausência dos fatores relacionados ou características definidoras do diagnóstico. Testes devem ser estabelecidos para avaliar as concordâncias e discordâncias das variáveis (Lopes, Silva 2016), porém, nessa etapa de validação, é possível encontrar dificuldades importantes devido às limitações dos métodos adotados para os estudos (Lopes, Silva 2016) e, especialmente, devido à inexistência de um padrão de comparação que permita medir o quão representativo pode ser o diagnóstico (Lopes, Silva 2016). Este fato é notado em pesquisas na área da enfermagem por se tratarem de respostas humanas, sociais, culturais, de cuidado, aspectos difíceis de serem mensurados (Lopes, Silva 2016).

Dentre os modelos de validação de diagnóstico, predomina o *Modelo de Fehring*. No Brasil, 58,3% dos centros de ensino têm utilizado esse modelo (Chaves, 2008), o qual tem sofrido críticas, como a ausência de recomendação de um padrão de referência perfeito para o teste de diagnósticos, “o que limita a capacidade de generalização dos achados obtidos em pesquisa de validação clínica” (Lopes, Silva 2016).

Considerando-se a importância de adotar um padrão de referência (padrão-ouro) para obtenção de resultados acurados que demonstrem a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem, utilizou-se o Instrumento de vigilância do desenvolvimento da Caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde (Brasil, 2013a). Por meio de sua utilização, é possível classificar o desenvolvimento das crianças de forma simples e objetiva em quatro categorias: desenvolvimento normal, desenvolvimento normal com fatores de risco, alerta para o desenvolvimento e provável atraso no desenvolvimento. As duas primeiras classificações são obtidas quando há presença de todos os marcos do desenvolvimento conforme a idade da criança. As outras, quando há ausência de marcos do desenvolvimento.

Selecionou-se esse instrumento considerando sua adaptação e recomendação de uso para a vigilância do desenvolvimento pelo Ministério da Saúde. Embora sua aplicação não possibilite a formulação de hipóteses sobre o DI, ele permite verificar se a criança realiza tarefas de desenvolvimento esperadas para a idade, os marcos de desenvolvimento. Apesar de apresentar valores de sensibilidade e especificidade limítrofes, tem sido utilizado para estudos em que sejam realizadas comparações de instrumentos de avaliação do DI (Coelho et al., 2016).

Dentre os variados métodos de validação clínica correntemente aplicados, optou-se por utilizar a validade clínico causal, que tem como finalidade a validação de fatores etiológicos (risco ou relacionados) e as relações causais que podem levar ao diagnóstico de enfermagem (Lopes, Silva 2016).

A validade clínico-causal compreende estudos que dividem a amostra em casos e controles, a fim de identificar os fatores de risco nos grupos (Lopes, Silva 2016).

3.1.1 Local da pesquisa

Considerando que o fenômeno envolvido no diagnóstico, o DI, é influenciado por diversos fatores, de características individuais e socioeconômicos, buscou-se ampliar o alcance de populações em diferentes condições de saúde e sociais. Assim, a coleta de dados ocorreu em dois municípios com características sociodemográficas diferentes e em serviços de saúde de diferentes níveis de atenção.

Os municípios e serviços foram selecionados, também, considerando a viabilidade de execução da pesquisa: os municípios corresponderam ao local de moradia e trabalho das pesquisadoras e contemplaram sua articulação com serviços de atenção à saúde da criança, os quais serão descritos a seguir.

No município de São Paulo, SP, o estudo foi realizado em um ambulatório hospitalar, do segundo nível de atenção à saúde e, no município de Catalão, GO, foi realizado na atenção primária, ou primeiro nível de atenção à saúde.

A capital do estado de São Paulo é composta por 12 106 920 habitantes (Brasil, 2017a) e a população menor de quatro anos estima-se em 711 418. A maioria absoluta é usuária dos serviços do SUS (Nunes, 2018). Os níveis de atenção das Redes de Atenção à Saúde na cidade de São Paulo incluem: Atenção Básica, ou primária;

Atenção Ambulatorial Especializada; Atenção à Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar (Nunes, 2018).

Nesse município, a coleta de dados ocorreu no ambulatório do Hospital Infantil Darcy Vargas, o qual é referência para crianças com doenças crônicas de média e alta complexidade, com atraso global no desenvolvimento, além de escolares e adolescentes com dificuldades na inserção e participação social (<http://www.hidv.saude.sp.gov.br/>). Foi selecionado por fazer o acompanhamento mensal de um número ampliado de crianças com potencial risco ou atraso no desenvolvimento infantil.

Em Catalão, cidade situada na região sudeste de Goiás, em 2017, a população total estimada era 102 393 e, a menor de 4 anos, de 5 877 moradores (Brasil, 2017b).

A coleta de dados foi realizada em três unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município. Em dezembro de 2017, o município contava com onze equipes de Saúde da Família com cobertura de 37,73% da população, segundo informações disponibilizadas no departamento de atenção básica (Brasil, 2017d).

A escolha das unidades de saúde da família participantes foi definida com o gestor municipal, considerando as áreas de abrangência com maior número de crianças e as unidades em que se realizava ensino de campo da Universidade Federal de Goiás.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por crianças do nascimento até três anos de idade, cujos pais ou responsáveis concordaram em participar do estudo. Esta faixa etária foi definida por ser o período em que é recomendado o maior número de consultas de acompanhamento da criança e período de intensas modificações nas características do desenvolvimento infantil (Brasil, 2013b).

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Crianças em acompanhamento no serviço especializado ou na unidade da ESF;
- Crianças em condições clínicas estáveis;
- Presença dos pais ou cuidadores principais da criança no momento da coleta;
- Pais ou cuidadores com capacidade de se expressar verbalmente;

Foram considerados critérios de exclusão:

- Criança necessita de atendimento médico imediato;
- Cuidadores não saberem dar informações sobre a gestação, parto e cuidado das crianças.

Foi realizado estudo piloto para a definição da amostra com 35 crianças. Considerando o diagnóstico de menor prevalência, que foi a classificação de provável atraso no DI, o cálculo realizado por um profissional estatístico definiu a amostra de 56 crianças em cada centro.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer número: 2070709, e pelo CEP da Universidade Federal de Goiás com parecer nº 1.939.608. (ANEXO A e B). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas envolvendo seres humanos foi elaborado seguindo as normas da resolução nº466/2012 (APÊNDICE B). O Termo de Assentimento foi dispensado nesta pesquisa, pois tratou-se de crianças menores de três anos de idade, as quais ainda não são capazes de compreender o significado de assentimento para participar da pesquisa. No entanto, foram adotadas estratégias para assegurar os direitos da criança: além do consentimento dos responsáveis, utilizou-se abordagem adequada para a idade e atraumática, com uso de brincadeiras, respeitando as manifestações de cansaço e desconforto da criança, aspectos que garantem a participação sem coerção.

3.4 COLETA DE DADOS: INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE C), a partir da fundamentação teórica realizada por Souza (2014), Souza, Cruz, Veríssimo (2016), que sustentou a proposição do conceito e dos diagnósticos de DI. O roteiro apresentava questões que possibilitavam ao pesquisador identificar as características

definidoras e fatores relacionados ou de risco dos três diagnósticos sob estudo (Souza, 2014, Souza, Cruz, Veríssimo 2016).

Com intuito de direcionar as pesquisadoras durante as entrevistas e as avaliações das crianças, foi elaborado um manual de orientação para coleta de dados (APÊNDICE D) com a fundamentação teórica e orientações para padronização de utilização do roteiro. As definições operacionais para a avaliação de cada variável visaram à uniformização das variáveis, oferecendo o mesmo olhar para que cada pessoa identifique as variáveis oriundas de definição idêntica, garantindo a validade do estudo (Lopes, Silva 2016).

Para a classificação das condições sociais e econômicas, foi aplicado o Índice de Reprodução Social proposto por Trapé (2011), que situa a população em grupos sociais, não se restringindo ao poder de compra das famílias, mas considerando também a inserção nos meios de produção e reprodução social. As variáveis envolvidas nessa classificação consideram o acesso formal a serviços públicos de saneamento básico e luz, a condição da atividade laboral e qualificação da ocupação, a propriedade e características da residência e a participação em atividades de lazer/cultos religiosos. O instrumento contém um algoritmo de análise que possibilitou classificar as famílias segundo pertencimento a grupos com condições sociais e econômicas favoráveis ou com condições desfavoráveis. A análise e utilização deste instrumento foi possível com o apoio da autora (Trapé, 2011) (ANEXO C).

Para a avaliação e classificação do DI, utilizaram-se o Instrumento de Vigilância do desenvolvimento da criança proposto pelo Ministério da Saúde - Caderneta de Saúde da criança (Brasil, 2013a) e os componentes dos diagnósticos sob teste no estudo de validação.

Ao término da entrevista e avaliação do desenvolvimento das crianças, foi realizada a devolutiva sobre essa avaliação. Nos casos em que a Caderneta era portata pelo cuidador, foi feito o preenchimento dos dados antropométricos, das curvas de crescimento e do instrumento de vigilância do desenvolvimento da criança.

Na eventualidade das mães desconhecerem a idade gestacional e o peso ao nascimento e o atual, foram considerados os dados do prontuário e/ou caderneta da criança. Houve mães que se recusaram a pesar a criança no dia da consulta, pois esse dado havia sido coletado recentemente e também constava no prontuário ou caderneta de saúde da criança, tendo sido utilizado o registro como fonte de informação.

A coleta de dados ocorreu com algumas particularidades em cada um dos municípios, devido às características dos serviços de saúde, como segue.

No município de São Paulo, os cuidadores eram convidados a participar da pesquisa em meio ao período de espera, entre as consultas e atendimentos de enfermagem da criança. Após o consentimento, a entrevista era realizada pela pesquisadora nos consultórios de atendimento médico disponíveis, conforme a escala do ambulatório. Concomitantemente, no mesmo espaço físico, foi organizado um espaço lúdico, no qual uma enfermeira voluntária do grupo de pesquisa permanecia com a criança durante a entrevista, a fim de interagir e promover conforto para a criança e cuidador.

Em algumas situações em que a criança necessitou de cuidado especializado, ou assistência a alguma necessidade percebida pelo cuidador, o pesquisador interrompeu a entrevista, retomando-a quando resolvida a situação.

Figura 2 - Espaço preparado para acomodar a criança durante a entrevista.

Fonte: A autora. Dados da Pesquisa, São Paulo, 2017.

No município de Catalão, em duas unidades da ESF, os cuidadores eram convidados a participar da pesquisa nos intervalos ou durante o período de espera das consultas médicas, do retorno para a administração de vacinas ou de algum procedimento a ser realizado. Após o consentimento, as pesquisadoras realizavam a entrevista em local que estivesse disponível. Na terceira unidade, o convite e a

entrevista ocorreram durante visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde (ACS), que permanecia no local durante a entrevista para apoiar a entrevistadora.

O período da coleta foi de junho a outubro de 2017, durante os dias da semana, nos períodos da manhã e da tarde, de acordo com as agendas de atendimento dos serviços.

A mensuração do peso e altura da criança ocorreu nas salas destinadas à triagem da enfermagem, antes ou após a entrevista, de acordo com a disponibilidade da sala e das consultas as quais a criança aguardava atendimento. Nos casos em que a entrevista ocorreu durante as visitas domiciliares, a mãe e criança eram convidadas a ir até a unidade, em data e hora marcadas e definidas pelas participantes para complementação das informações.

Nas situações em que foram identificadas condições que demandavam intervenção imediata, ou condições de vulnerabilidade da criança, os casos foram discutidos com a enfermeira responsável pelo ambulatório, bem como com alguns profissionais da área médica disponíveis. Isso garantiu que as crianças, com demanda de cuidados mais específicos, pudessem ser atendidas rapidamente.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A atribuição de diagnósticos relativos ao desenvolvimento da criança constituiu a primeira etapa de análise. No município de São Paulo, após o atendimento de cada criança, a pesquisadora e a enfermeira voluntária discutiam os achados e a classificação da criança de acordo com os diagnósticos de enfermagem propostos para a Taxonomia NANDA-I, bem como segundo o instrumento de vigilância do DI da caderneta de saúde. No município de Catalão, os dados coletados foram discutidos com a pesquisadora principal e demais entrevistadores logo após o momento de coleta; em seguida, a pesquisadora classificava as crianças de acordo com os diagnósticos propostos para a Taxonomia NANDA-I e com o instrumento da caderneta de saúde da criança.

Com base na classificação do DI, segundo a caderneta de saúde, as crianças foram distribuídas em dois agrupamentos: crianças que apresentaram todos os marcos de desenvolvimento para a idade, isto é, as classificadas com DI adequado e

DI adequado com fatores de risco; e crianças que tiveram ausência de marcos de desenvolvimento para a idade, isto é, as classificadas com Alerta para o DI e Provável atraso no DI. Com isso, buscou-se identificar associações dos fatores de risco do diagnóstico proposto para a NANDA-I a possíveis déficits no desenvolvimento, caracterizados pela ausência de marcos esperados para a idade.

As variáveis independentes do estudo corresponderam aos fatores de risco estabelecidos para o diagnóstico Risco de Atraso no DI. Foram elas: criança com doença crônica; doença aguda; distúrbios genéticos; distúrbios congênitos; distúrbios sensoriais; crescimento inadequado; prematuridade e/ou baixo peso ao nascer; uso de medicações na gestação; uso de tabaco na gestação; uso de álcool e drogas na gestação; exposição a poluentes ambientais; saúde mental materna alterada durante a gestação; doença materna; acompanhamento pré-natal; exposição à violência doméstica; desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado; institucionalização; estimulação da criança; condições sociais e condições econômicas.

Para a construção das planilhas de dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 22). Os dados foram digitados pela pesquisadora principal e por uma pesquisadora do grupo de pesquisa, conferidos por duas pesquisadoras da área de saúde da criança e uma pesquisadora na área de diagnósticos de enfermagem.

Os dados foram analisados de forma quantitativa, verificando-se a prevalência das variáveis - fatores de risco do diagnóstico “Risco para Atraso no DI” - em toda a amostra e também de acordo com o agrupamento da criança, segundo a classificação da caderneta de saúde da criança.

Para verificar a associação estatística entre as variáveis e as classificações diagnósticas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson e Teste de Fisher, com significância estatística $p < 0,05$. Para a análise de acurácia dos fatores de risco, foram utilizados testes de sensibilidade e especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

As entrevistas tiveram duração média de trinta a sessenta minutos com algumas chegando a duas horas. Tal variabilidade foi necessária para acolher manifestações das mães, como choro, desejo de compartilhar detalhes sobre as experiências de saúde das crianças ou demandas de cuidado das crianças, especialmente no grupo de São Paulo, em que muitas crianças tinham histórico de agravos de saúde. A continuidade das entrevistas deu-se conforme escolha do participante, destacando-se que todos os que aceitaram participar concluíram o procedimento de coleta.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 59 (47,6%) crianças no município de São Paulo e 65 (52,4%) no município de Catalão, GO, totalizando 124 crianças na faixa etária de zero a 36 meses, conforme a distribuição apresentada na figura 1. Em relação ao sexo, 72 eram do sexo feminino e 52, do sexo masculino. Não houve diferença entre os grupos dos dois municípios quanto à idade e sexo.

Gráfico 1 - Distribuição das idades das crianças (em meses) por faixa etária.

Fonte: A autora

A faixa etária com maior número de crianças foi de zero a doze meses de vida, apresentando um total de 55 (44,3%) crianças. A faixa etária de 28 a 32 meses teve frequência menor com nove crianças (7,2%).

Os fatores de risco para o desenvolvimento, propostos para o diagnóstico “Risco de Atraso no Desenvolvimento Infantil”, estiveram presentes na grande maioria das crianças, 108 (87,1%), conforme a Tabela 1. Apenas dezesseis crianças (12,9%) não apresentaram qualquer fator de risco. Houve ocorrência de todos os fatores investigados.

Tabela 1 - Distribuição dos fatores de risco propostos para o diagnóstico “Risco de Atraso no Desenvolvimento Infantil” na amostra do estudo. (N=124)

Fatores de risco	Presente N (%)	Ausente N (%)
Doenças crônicas	15 (12,1)	109 (87,9)
Doença aguda	25 (20,2)	99 (79,8)
Distúrbios genéticos	8 (6,5)	116 (93,5)
Distúrbios congênitos	29 (23,4)	95 (76,6)
Distúrbios sensoriais	2 (1,6)	122(98,4)
Crescimento inadequado	28 (22,5)	96 (77,5)
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	24 (19,4)	100 (80,6)
Uso de medicações na gestação	1(0,8)	123 (99,2)
Uso de tabaco na gestação	12 (9,7)	112 (90,3)
Uso de álcool e drogas na gestação	11 (8,9)	113 (91,1)
Exposição a poluentes ambientais	1(0,8)	123 (99,2)
Saúde mental materna alterada durante a gestação	9(7,3)	115 (92,7)
Doença materna	6(4,8)	118 (95,2)
Acompanhamento pré-natal insuficiente	6 (4,8)	118 (95,2)
Vínculo com o cuidador prejudicado	1 (0,8)	123 (99,2)
Exposição à violência doméstica	9 (7,3)	115 (92,7)
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	3 (2,4)	121 (97,6)
Falta de apoio do profissional da saúde	11 (8,9)	113 (91,1)
Institucionalização	3 (2,4)	121 (97,6)
Falta de estímulo para a criança	2 (1,6)	122 (98,4)
Condições sociais desfavoráveis	41 (33,1)	83 (66,9)
Condições econômicas desfavoráveis	34 (27,4)	90 (72,6)

Fonte: A autora

Os fatores de risco que tiveram mais destaque foram as condições sociais e econômicas desfavoráveis, que se referem ao contexto de vida das crianças. A seguir, observaram-se fatores relacionados à criança, como doenças agudas e crônicas, distúrbios congênitos, crescimento inadequado e prematuridade ou baixo peso de nascimento. Embora com menos frequência, ainda se observou a presença de fatores relacionados aos comportamentos maternos ou familiares, como uso de tabaco, álcool e drogas na gestação, exposição à violência doméstica e acompanhamento pré-natal insuficiente.

Considerando a classificação do desenvolvimento das crianças, segundo os diagnósticos propostos para a NANDA-I (Souza, Cruz, Veríssimo, 2016; Souza, Veríssimo, Cruz, 2018 - no prelo), as que apresentaram os fatores de risco sob teste foram classificadas como “Risco de atraso no DI” (83 ou 76,9%) ou como “Atraso no DI” (25 ou 23,1%).

Segundo a avaliação pela caderneta de saúde da criança, 44 (35,4%) crianças foram classificadas como “Desenvolvimento adequado”, 55 (44,3%) como “Desenvolvimento adequado com fatores de risco”, doze (9,6%) como “Alerta para desenvolvimento” e treze (10,4%) como “Provável atraso no desenvolvimento”.

A seguir, apresentam-se as análises de acurácia e de associação dos fatores de risco do diagnóstico proposto para a NANDA-I, face às classificações obtidas com a avaliação pela caderneta de saúde infantil.

4.2 SEGUNDA ETAPA: APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE ACURÁCIA PARA OS FATORES DE RISCO

As medidas de acurácia dos fatores de risco foram aplicadas considerando os dois grupos formados, de acordo com as classificações da caderneta de saúde da criança: um com 99 crianças que tiveram presença de todos os marcos de desenvolvimento para sua faixa etária, as classificadas como “Desenvolvimento adequado” ou como “Desenvolvimento adequado com fatores de risco”, e outro com 25 crianças que tiveram ausência de algum marco de desenvolvimento esperado para sua faixa etária, as classificadas como “Alerta para desenvolvimento” ou “Provável atraso no desenvolvimento”.

Nádia Proença de Melo

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos fatores de risco observados nas crianças, segundo os grupos com presença ou ausência de marcos de desenvolvimento.

Tabela 2 - Distribuição dos fatores de risco do diagnóstico “Risco para o atraso no DI” (NANDA-I), segundo os grupos com presença ou ausência de marcos de desenvolvimento com base nas classificações da caderneta de saúde da criança.

Fatores de risco	Crianças com marcos para o DI presente		Crianças com marco para o DI ausente	
	N (%)		N (%)	
Doenças crônicas	11	(73,3)	4	(26,7)
Doença aguda	21	(84,0)	4	(16,0)
Distúrbios genéticos	1	(12,5)	7	(87,5)
Distúrbios congênitos	17	(58,6)	12	(41,3)
Distúrbios sensoriais	1	(50,0)	1	(50,0)
Crescimento inadequado	24	(85,5)	4	(14,2)
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	16	(66,6)	8	(33,3)
Uso de medicações na gestação	1	(100)	0	(0,0)
Uso de tabaco na gestação	8	(66,6)	4	(33,3)
Uso de álcool e drogas na gestação	9	(81,8)	2	(18,2)
Exposição a poluentes ambientais	1	(100)	0	(0,0)
Saúde mental materna alterada durante a gestação	5	(55,5)	4	(44,4)
Doença materna	6	(100)	0	(0,0)
Acompanhamento pré-natal insuficiente	4	(66,6)	2	(33,3)
Exposição à violência doméstica	9	(100)	0	(0,0)
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	0	(0,0)	3	(100)
Falta de apoio do profissional da saúde	10	(90,9)	1	(11,1)
Institucionalização	2	(66,6)	1	(33,3)
Falta de estímulo para criança	1	(50,0)	1	(50,0)
Condições sociais desfavoráveis	32	(78,0)	9	(21,9)
Condições econômicas desfavoráveis	31	(91,2)	3	(8,8)

Fonte: A autora

Observa-se que a grande maioria das variáveis do diagnóstico “Risco de atraso

no DI” esteve presente nos dois grupos de crianças. Algumas condições maternas e do ambiente não apareceram no grupo de crianças com marcos ausentes, e a variável desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado apareceu somente neste grupo.

A tabela a seguir apresenta as medidas de acurácia dos fatores de risco.

Tabela 3 - Distribuição dos testes de acurácia para as variáveis do diagnóstico “Risco de atraso no DI” nas crianças com marcos do DI ausentes.

Fatores de risco	Especificidade (%)	Sensibilidade (%)	Valor preditivo positivo (%)	Valor preditivo Negativo (%)
Criança apresenta doenças crônicas (n=15)	88,9	16,0	26,7	80,7
Criança apresenta doença aguda (n=25)	78,8	16,0	16,0	78,8
Distúrbios genéticos (n=8)	99,0	28,0	87,5	84,5
Distúrbios congênitos (n=29)	82,8	48,0	41,4	86,3
Distúrbios sensoriais (n=2)	99,0	4,0	50,0	80,3
Crescimento inadequado (n=28)	75,8	16,0	14,3	78,1
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer (n=24)	83,8	32,0	33,3	83,0
Uso de medicações na gestação (n=1)	99,0	0,0	0,0	79,7
Uso de tabaco na gestação (n=12)	91,9	16,0	33,3	81,3
Uso de álcool e drogas na gestação (n=11)	90,9	8,0	18,2	79,6
Exposição a poluentes ambientais (n=1)	99,0	0,0	0,0	79,7
Saúde mental materna alterada durante a gestação (n=9)	94,9	16,0	44,4	81,7
Doença materna (n=11)	93,9	0,0	0,0	78,8
Acompanhamento pré-natal insuficiente (n=6)	96,0	8,0	33,3	80,5
Exposição à violência doméstica (n=9)	90,9	0,0	0,0	78,3
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado (n=3)	100,0	12,0	100,0	81,8
Falta de apoio do profissional da saúde (n=11)	89,8	4,0	10,1	90,9
Institucionalização (n=3)	98,0	4,0	33,3	80,2
Falta de estímulo à criança (n=2)	99,0	4,0	50,0	80,3
Condições sociais desfavoráveis (n=41)	67,7	36,0	22,0	80,7
Condições econômicas desfavoráveis (n=34)	68,7	12,0	8,8	75,6

Fonte: A autora

Neste grupo de crianças, os valores de especificidade foram, em sua maioria, acima de 80%. Isto indica que a ausência desses fatores é alta em crianças saudáveis, ou seja, quando o fator de risco não aparece, a criança não tem o atraso. Valores um pouco inferiores de especificidade foram encontrados em quatro fatores: dois relacionados à criança, as doenças agudas (78,8%) e crescimento inadequado (75,8%); e dois fatores relacionados ao contexto, as condições sociais desfavoráveis (67,7%) e condições econômicas desfavoráveis (68,7%). Os valores preditivos negativos (VPN) foram, na maioria, acima de 80%, seguidos por fatores acima de 75%.

Os valores de sensibilidade foram inferiores a 30,0% para quase todos os fatores de risco, sendo os distúrbios congênitos o fator que teve maior sensibilidade com 48,0%. Os valores preditivos positivos (VPP) foram, na maioria, inferiores ou iguais a 50,0%, exceto para o fator de risco distúrbios genéticos (87,5%) e desenvolvimento cognitivo dos pais (100,0%).

Os valores de especificidade e sensibilidade foram classificados de acordo com os padrões utilizados em estudos que verificam a acurácia de diagnósticos (Monteiro et al., 2016; Teixeira et al., 2016; Cavalcante et al., 2013).

As medidas de associação dos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no Desenvolvimento infantil”, com a ausência de marcos do DI, está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Medidas de associação das variáveis do diagnóstico “Risco de atraso no Desenvolvimento infantil” com a ausência de marcos do DI.

(continua)

Fatores de risco	Razão de chances*	Valor de P**
Doenças crônicas	1,524	0,501
Doenças agudas	0,707	0,562
Distúrbios genéticos	38,111	0,000
Distúrbios congênitos	4,452	0,001
Distúrbios sensoriais	4,083	0,364
Crescimento inadequado	0,595	0,378
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer	2,441	0,091

Tabela 4 - Medidas de associação das variáveis do diagnóstico “Risco de atraso no Desenvolvimento infantil” com a ausência de marcos do DI.

(continuação)

Fatores de risco	Razão de chances*	Valor de P**
Uso de medicações na gestação	1,960	1,000
Uso de tabaco na gestação	2,167	0,259
Uso de álcool e drogas na gestação	0,870	1,000
Exposição a poluentes ambientais	1,960	1,000
Saúde mental materna alterada durante a gestação	3,581	0,080
Doença materna	0,310	0,347
Acompanhamento pré-natal insuficiente	2,065	0,600
Exposição à violência doméstica	0,200	0,202
Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado	27,000	0,007
Falta de apoio do profissional da saúde	2,697	0,460
Institucionalização	2,021	0,494
Falta de estímulo para criança	4,083	0,364
Condições sociais	1,178	0,727
Condições econômicas	0,299	0,053

(conclusão)

Fonte: A autora

*Razão de chances (Odds Ratio)

**Teste Qui-Quadrado de Pierson e Fischer.

Observou-se que a maioria dos fatores de risco teve odds ratio >1 , destacando-se distúrbio genético (OR=38, $p<0,05$) e distúrbio congênito (OR=4,4, $p<0,05$), dentre os aspectos relativos à criança, e o desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado (OR=27, $p<0,05$), dentre os aspectos dos cuidadores.

Embora não tenha sido objetivo do estudo, a experiência de conversar com as famílias das crianças avaliadas permitiu reflexões pertinentes para a compreensão do fenômeno DI, considerando a criança na situação de risco ou de atraso no DI e a atuação da família nesse contexto.

Particularmente no serviço especializado de atendimento a crianças, foi possível a aproximação a quadros clínicos agudos que variavam de baixo a médio nível de complexidade, perpassando por quadros crônicos também em níveis semelhantes, em tratamento ou em acompanhamento. Observou-se que, embora as crianças estivessem em acompanhamento por agravos de saúde, houve muito interesse das mães e de outros familiares em participar da pesquisa e conversar sobre suas percepções sobre o cuidado, a abordagem e a estimulação da criança.

A aplicação do instrumento de coleta composto por questões abrangentes permitiu a entrada da pesquisadora em alguns aspectos, nos quais a família não tinha por hábito discutir no serviço, tornando aquele momento de conversa um espaço em que elas se permitiram colocar os sentimentos diversos frente às situações já vivenciadas. Ao longo da conversa, foi nitidamente percebido o conforto e tranquilidade da mãe ao ter um espaço para colocar as inseguranças e angústias diante da condição de saúde desconhecida ou do prognóstico complicado da criança; bem como suas frustrações advindas ou de relacionamento com o parceiro, familiares e profissionais da saúde e, das situações de vulnerabilidade, tais como: dificuldade financeira, dependência química dos membros da família ou exposição à violência. Em diversos discursos, as mães verbalizaram que a oportunidade de serem ouvidas e/ou orientadas, nas situações em que era pertinente, foi precioso para elas.

Porém o fator de maior interesse para o tema da pesquisa foi verificar que, independente das condições de vida ou de processos de saúde da criança, as famílias, em sua maioria, buscavam proporcionar ambientes favoráveis ao desenvolvimento infantil. Além disso, ressaltaram a importância de considerar as capacidades das crianças e não suas dificuldades decorrentes dos agravos.

Em alguns discursos, em especial, das mães de crianças com diagnósticos de síndromes congênitas, o interesse em aprofundar sobre as questões da criança e seu desenvolvimento teve uma interessante repercussão.

Estes cuidadores acreditam que as dificuldades ou incapacidades identificadas na avaliação do desenvolvimento da criança não devem ser fatores determinantes na atenção à criança, de modo que o profissional deve considerar também outros aspectos inerentes ao desenvolvimento da criança, tais como: as condições de vida, o relacionamento afetivo com os pais e irmãos, a rede de apoio oferecida à criança e o envolvimento com organizações não governamentais e associações a favor da interação de crianças com o mesmo diagnóstico e suas famílias. Ressaltam ainda que o propósito destas ações visa oferecer mais oportunidades para a criança e família aos projetos voltados às necessidades individuais de cada uma e suporte dos pais na promoção do desenvolvimento da criança.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo realizou a validação clínica dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” (Souza, 2014; Souza, Veríssimo, 2015), mediante avaliação de crianças de zero a três anos de idade na rede básica de saúde, em Catalão, GO, e num serviço de atenção secundária em São Paulo, SP. Em relação às características da amostra, a maioria das crianças era do sexo feminino e menor de um ano, distribuída igualmente entre os dois municípios.

Neste estudo, identificamos que a maior concentração de crianças estava no grupo de menores de doze meses e pode ser justificada tanto pela maior concentração de consultas de acompanhamento de puericultura (Brasil, 2017c), como pela maior ocorrência de doenças agudas e distúrbios e/ou quadros decorrentes da prematuridade nessa faixa etária (França et al., 2017).

A realização deste estudo em serviços de diferentes níveis de atenção à saúde permitiu a identificação ampliada dos fatores de risco e a avaliação das condições de vida e de saúde de crianças em diferentes situações. Quanto às classificações das crianças, não houve diferença em relação ao local, destacando o diagnóstico de risco como mais prevalente em ambos.

Este estudo foi o primeiro a utilizar um instrumento de avaliação de DI como padrão-ouro para comparação do diagnóstico sob análise. Houve apenas um estudo anterior de validação de diagnóstico com foco no DI, voltado à promoção de saúde, que utilizou como referência a avaliação de enfermeiras especialistas (Monteiro et al., 2016). A caderneta de saúde da criança é um instrumento importante e de fácil acesso para identificar questões referentes ao DI e tem como uma das vantagens, em relação a outros instrumentos, a utilização de fatores de risco para a classificação das crianças (Almeida et al., 2016), o que também foi considerado na sua seleção para este estudo.

Em relação aos fatores de risco do diagnóstico “Risco de atraso no DI”, todos estiveram presentes na amostra, e apenas dezesseis crianças não apresentaram qualquer fator de risco, frente à classificação da caderneta, em que 44 crianças foram consideradas como desenvolvimento normal - o que significa ausência de fatores de risco.

Estudo realizado por Alvim et al. (2012) corrobora para este achado ao utilizar a associação da caderneta de saúde da criança com a proposta da Atenção Integrada

às Doenças Prevalentes na infância (AIDPI) para avaliação do DI. Ao avaliar as crianças com os dois instrumentos, foi possível identificar que 80% das com provável atraso, segundo a AIDPI, eram consideradas com desenvolvimento normal na classificação da caderneta. Das 66,7% crianças classificadas como desenvolvimento normal com fatores de risco pela AIDPI, metade foi classificada com desenvolvimento normal e a outra, com provável atraso do DI pela caderneta.

Assim, observou-se que o diagnóstico proposto para a NANDA-I se aproxima mais da avaliação, segundo o roteiro do AIDPI, do que da caderneta de saúde da criança.

Embora os fatores de risco que compõem as classificações da caderneta de saúde abranjam aspectos da criança e da família, não incluem aspectos do cuidado e estimulação, nem condições sociais e econômicas. A maior abrangência dos fatores de risco do diagnóstico da NANDA-I considera a ampla variabilidade de fatores que influenciam o DI (Bronfenbrenner, 2011) e pode despertar a atenção dos profissionais para aspectos que nem sempre são percebidos como importantes.

Nesse sentido, Coelho et al. (2016) destacam que a inclusão dos fatores de risco num sistema de escore para avaliação do DI “é uma inovação que possibilita o aumento da identificação de crianças com suspeita de atraso, além dos marcos do desenvolvimento”, referindo-se ao instrumento da caderneta de saúde da criança, uma vez que a versão anterior desse instrumento não considerava os fatores de risco (Brasil, 2002). Os autores apontam, porém, a necessidade de melhoria na definição dos parâmetros e da escolha dos indicadores. Tal preocupação com a definição dos parâmetros e da escolha dos indicadores de risco do diagnóstico proposto foi o que norteou este estudo de validação.

Quanto às medidas de acurácia, observou-se valores de especificidade superiores aos de sensibilidade. Tais resultados assemelham-se aos encontrados por Coelho et al. (2016), que encontraram sensibilidade de 21% na classificação de desenvolvimento normal com fatores de risco e especificidade de 74%.

Embora seja desejável que os instrumentos de avaliação, de forma geral, tenham altos valores de sensibilidade e especificidade, no caso deste fenômeno, o DI, observa-se que os instrumentos não conseguem alcançar essa meta em ambos os valores. Isso ocorre, possivelmente, porque são avaliados aspectos de várias dimensões, além de tratar-se de uma avaliação que, necessariamente, deve ser continuada, dado que as avaliações não são preditivas. Isso tem justificado a

utilização de instrumentos mesmo que não atendam tais características em estudos de triagem do DI, ou outros em que se comparam diferentes instrumentos (Alvim et al., 2012; Brito et al., 2011; Dornelas, Duarte, Magalhães, 2015; Coelho et al. 2016).

Assim, a utilização de escalas de avaliação do desenvolvimento e a classificação do diagnóstico de crianças menores de cinco anos tornam-se pouco fidedignas quando realizadas em apenas um momento, pois a criança nesta faixa etária vivencia mudanças amplamente variadas, sendo necessárias avaliações frequentes durante seu crescimento (Dornelas, Duarte, Magalhães, 2015).

Estudos sobre a utilização de testes de triagem para avaliação do DI têm sido discutidos por alguns autores e reforçam a utilização de ferramentas que envolvem aspectos ampliados do desenvolvimento (Urkin, Yair, Porter, 2015; Mcdonald et al., 2016). Nesse sentido, a proposta de avaliação da criança não pode estar voltada apenas à aquisição de habilidades, mas deve incluir os demais aspectos que se relacionam ao desenvolvimento, como os fatores de risco. A presença de tais fatores implica um olhar mais atento no acompanhamento de saúde.

Por outro lado, questiona-se a utilização de testes de triagem do DI com alta taxa de falsos positivos ou falsos negativos, pois pode produzir custos elevados (Urkin, Yair, Porter, 2015). Dado que mesmo os melhores testes de triagem do desenvolvimento podem apresentar valores de sensibilidade e especificidade em torno de 70% a 80%, classificando 25% da população com atraso, aumenta-se o custo devido à demanda de avaliações específicas, ou “perdendo” crianças mediante classificações falso-negativas, o que eleva o custo devido à possibilidade de desenvolvimento de problemas futuros (Urkin, Yair, Porter, 2015). Diante disso, é fundamental ampliar os estudos que possam aprimorar a avaliação da criança, maximizando os ganhos individuais e sociais.

No caso do presente estudo, verificou-se uma prevalência de (76,9%) de crianças com o diagnóstico “Risco de atraso no DI”, o que pode significar um alto número de falsos positivos. Porém o diagnóstico de risco não implica avaliações mais dispendiosas, embora implique um olhar mais atento para as demandas de cuidado da criança, com acompanhamento mais frequente, fato que corrobora com as propostas mundiais de promoção do desenvolvimento na primeira infância (Richter et al., 2017).

Em relação às medidas de associação dos fatores de risco com o atraso no DI, foram verificadas associações estatísticas significativas para três deles: Distúrbios

genéticos, Distúrbios congênitos e Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado.

Tal resultado assemelha-se a pesquisas que identificaram os mesmos fatores como associados ao atraso no DI. O desenvolvimento cognitivo dos pais foi considerado em relação à escolaridade, confirmada em inúmeros estudos como determinantes dos conhecimentos sobre estimulação e cuidado da criança (Brito et al., 2011, Alvim et al., 2012, Corsi et al., 2016, McDonald et al., 2016, Worthman, Tomlinson, Rotheram-Borus, 2016; Scharf et al., 2017, Perkins et al., 2017). Igualmente ocorreu com os distúrbios genéticos e congênitos, apontados como fatores que acarretam consequências neurológicas importantes para a criança (Veltman, Brunner 2012; Scharf et al., 2017).

No que tange aos demais fatores de risco, não foram verificadas associações estatisticamente significativas, ainda que se tenha observado maior probabilidade de ausência de marcos do desenvolvimento para grande parte dos fatores de risco. Cabe ressaltar que estudos recentes seguem corroborando com a sua importância (Halpern et al., 2000, Dornelas, Duarte, Magalhães, 2015, McDonald et al., 2016, Pascal et al., 2018; Peyton, Schreiber, Msall, 2018).

Esse não foi um achado surpreendente, dado que a presença de fatores de risco não implica diretamente a ocorrência de possíveis atrasos no DI. Por outro lado, sinaliza situações que demandam observação mais atenta e ações no sentido de minimizar o impacto de tais fatores.

Além disso, não obstante, a alta prevalência do diagnóstico proposto na amostra estudada, a maioria dos fatores de risco teve baixa frequência, e alguns, relativos à saúde materna, obtiveram frequências muito baixas, como o uso de medicações na gestação e exposição a poluentes ambientais, o que reduz a capacidade de verificar associações estatísticas.

Adicionalmente, as avaliações foram realizadas em um momento único, mas o fenômeno desenvolvimento, como um processo de continuidades e mudanças (Bronfrenbrenner, 2011) demanda acompanhamento ao longo do curso da infância. Nesse acompanhamento, os testes do desenvolvimento compõem apenas uma parcela das ações necessárias.

A ampla abrangência das dimensões envolvidas no DI corrobora para a importância de serem aplicadas intervenções ampliadas de promoção do desenvolvimento para a primeira infância. Isso tem sido destacado por organismos internacionais, como Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e a

Organização Mundial da Saúde (OMS) e debatido em diversos países, buscando a implementação de ações e o envolvimento de diversos setores, a fim de promover condições favoráveis ao desenvolvimento da criança na primeira infância (Richter et al., 2017).

Estima-se que o ônus sobre o desenvolvimento infantil e os riscos potenciais encontram-se elevados, de modo que as políticas de priorização da criança, envolvendo os setores da educação, sociais e da saúde devem desempenhar ações para promover um olhar holístico para a criança (Richter et al., 2017).

Como já citado, no Brasil, o Marco legal, como lei pautada em projetos bem-sucedidos para a promoção do desenvolvimento de crianças na primeira infância, vincula diversos setores e organizações governamentais e não governamentais com a finalidade de oferecer suporte para o desenvolvimento integral das crianças (Brasil, 2016).

Ademais, as estratégias governamentais de incentivo ao desenvolvimento da criança, Urkin, Yair e Porter (2015) apontam para ações na formação e educação dos pais, professores e equipe de saúde como efetivas na promoção do DI, permitindo à criança não apenas a aquisição de habilidades, contudo fornecendo condições para que ela possa desenvolver-se em sua plenitude (Urkin, Yair, Porter, 2015).

Mediante ao exposto, a aplicação do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” na prática do enfermeiro permite identificar precocemente os fatores de risco para o DI e favorecer intervenções efetivas.

Neste estudo, ressalta-se o grande movimento das famílias para a promoção do desenvolvimento de seus filhos. De forma que, a criança identificada com dificuldade ou incapacidade de desempenhar habilidades advindas de agravos a saúde recebem suporte diferenciado de seus pais, por meio de relações seguras, fortalecidas e estáveis, estimulações contínuas e envolvimento com as redes de apoio à criança. Todavia, faz-se necessário a realização de pesquisas em que o foco do estudo seja as ações de promoção do desenvolvimento realizadas pelas mães de crianças com agravos de saúde.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Este estudo realizou a validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no DI” proposto por Souza, Cruz, Veríssimo (2016) para a taxonomia da NANDA-I. Evidenciou a presença dos fatores de risco em sua totalidade na amostra, porém alguns destes tiveram frequência pequena, possivelmente dificultando o estabelecimento de associações estatísticas significativas.

As variáveis mais frequentes verificadas na amostra foram as condições sociais (33,1%) e econômicas desfavoráveis (27,4%), relacionadas ao contexto de vida; as doenças agudas (20,2%) e crônicas (12,1%), os distúrbios congênitos (23,4%), o crescimento inadequado (22,5%) e a prematuridade ou baixo peso de nascimento (19,4%), fatores estes relacionados à criança. Os fatores relacionados a questões maternas como uso de tabaco, álcool e drogas, acompanhamento pré-natal e ambientais como exposição à violência doméstica aparecem em menor número.

Constatou-se que os fatores de risco, em sua maioria, tiveram valores de especificidade acima de 80%, e os VPN, na maioria, acima de 80%. Os valores de sensibilidade foram inferiores a 30,0% para quase todos os fatores de risco, e os VPP foram, na maioria, inferiores ou iguais a 50,0%.

Foi verificada associação estatisticamente significativa para os fatores de risco distúrbio genético ($OR=38$, $p<0,001$), desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado ($OR=27$, $p<0,05$), e distúrbio congênito ($OR=4,4$ e $p<0,05$).

Assim, tais resultados contribuíram para o refinamento da acurácia diagnóstica destes fatores de risco.

7 CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES
PARA A PRÁTICA E PARA A PESQUISA
DE ENFERMAGEM

7 CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA A PESQUISA DE ENFERMAGEM

O estudo possibilitou testar as variáveis propostas para o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” visando sua validação clínica. A utilização da Caderneta de Saúde da Criança como padrão-ouro trouxe consistência metodológica, pois atendeu a um importante requisito dos estudos de validação. O desenho deste estudo forneceu uma direção para a eficiência diagnóstica dos fatores de risco para o diagnóstico “Risco de atraso no desenvolvimento infantil”, contribuindo para o refinamento da acurácia diagnóstica de um diagnóstico de enfermagem ainda não testado na prática.

A maior frequência de crianças classificadas como em risco com o diagnóstico estudado pode trazer mais clareza aos enfermeiros quanto às intervenções necessárias de forma precoce e efetivas no cuidado e promoção do desenvolvimento infantil.

Como limitações para esta pesquisa, apontam-se o tamanho da amostra, que limitou a frequência de muitos dos fatores de risco, e o próprio fenômeno estudado, que incorpora várias dimensões.

Para estudos futuros, recomenda-se o esforço continuado em pesquisas para o refinamento do diagnóstico de enfermagem “Risco de atraso no desenvolvimento infantil” a fim de obter mais clareza quanto à obtenção dos dados e melhores respostas nos testes de acurácia.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - revisão sistemática da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(1):122-31.

Alvim CG, Guimarães FG, Meinberg NLS, Aguiar LT, Caetano LCG, Carrusca LC, et al. A avaliação do desenvolvimento infantil: um desafio interdisciplinar. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):51-6.

Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem NANDA-NIC. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(Especial - 70):864-67.

Braga CG, Cruz DALM. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(2):240-4.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/constituicao>.

Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Goiás [internet]. 2017a [citado 2017 maio 05]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>.

Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo [internet]. 2017b [citado 2017 maio 05]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Censo 2010. [internet]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/493->.

Brasil. Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 mar. 2016.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento a saúde da criança [internet]. Brasília; 2017d [citado 2017 dez. 5]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/acompanhando-a-saude-da-crianca>

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania*. Brasília; 8º ed. 2013a.

Nádia Proença de Melo

Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Diário Oficial da União, Brasília. 13 jun. 2013b; Seção 1:59.

Brasil. Ministério da Saúde. e-gestor. Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica [internet]. Brasília; 2017c. [citado 2017 dez. 5]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=spl9tiWvNIVAEoLJkjZX8rQN>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 6 ago. 2015. Seção 1, 149:37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

Brazelton TB, Geespan ST. As necessidades essenciais da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Manole; 2002.

Brito CML, Vieira GO, Costa MCO, Oliveira NF. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. Cad Saude Publica 2011;27(7):1403-14.

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

Burns C. Using a comprehensive taxonomy of diagnoses to describe the practice of pediatric nurse practitioners: findings of a field study. J Pediatr Health Care. 1993;7(3):115-21.

Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuições das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):134-41.

Cavender BS. Nursing diagnoses and interventions in bronchopulmonary dysplasia: a case study. AACN Clin Issues Crit Care Nurs. 1990;1(2):331-8.

Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Revista Eletrônica de enfermagem 2008; 10(2): 513-20.

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki, MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

Coelho R, Ferreira JP, Sukiennik, Halpern R. Child Development in primary care: a surveillance proposal. J Pediatr. 2016;92(5):505-11.

Coffman S. Description of a nursing diagnoses; alteration in bowel elimination related

Nádia Proença de Melo

to neurogenic bowel in children with Myelome-ningoocoele. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1986;9(3):179-91.

Conselho Federal 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 2017 dez 14]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

Corsi C, Santos MM, Marques LAP, Rocha NACF. Repercussões de fatores extrínsecos no desempenho motor fino de crianças frequentadoras de creches. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(4):439-46.

Dantas AMN, Silva KL, Nóbrega MML. Validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da clínica pediátrica. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018;7(1):89-97.

Dornelas LF, Duarte NMC, Magalhães LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(1):88-103.

Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção de conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1): 148-54.

Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDIP. Washington: OPAS; 2005.

França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas de mortalidade na infância no Brasil, entre 1990 e 2015: Estimativas do estudo de carga global de Doenças. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):46-60.

Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):167-75.

Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):188-93.

Guimarães JR, São Pedro SA, Guimarães ICB. Incidência de síndromes genéticas associadas a cardiopatias. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2017;16(3):329-32.

Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age. *J Pediatr*. 2000;76(6):421-8.

Herdman TH. Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional [Case Management using NANDA Internacional nursing diagnoses]. In: XXX Congreso FEMAFEE 2013. In: NANDA-International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Nádia Proença de Melo

Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(5):649-55.

Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International, Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadores. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo 4. Porto Alegre. Artmed Panamericana; 2016. p. 31-74. Sistema de Educação continuada a distância, v.3.

Mcdonald S, Kehler H, Bayrampour, Fraser-Lee N, Tough S. Risk and protective factors in early child development: results from the all our babies (AOB) pregnancy cohort. *Res Dev Disabil.* 2016;58:20-30.

Mello DF, Henrique NCP, Pancien L, Veríssimo MLOR, Tonete VLC, Malone M. A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(4):604-10.

Monteiro FPM, Araújo TL, Costa FBC, Leandro TA, Cavalcante TF, Lopes MVO. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):855-63.

NANDA-International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Nunes MC. IBOPE Inteligência. Rede Nossa São Paulo. Viver em São Paulo. Edição 2018. São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/pesquisas/viver_em_sp_jan_2018.pdf

Oliveira ARS, Costa AGS, Freitas JG, Lima FET, Damasceno MMC, Araujo TL. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(1):13-20.

Pascal A, Govaert P, Oostra A, Naulaers G, Ortibus E, Van den Broeck C. Neurodevelopmental outcome in very preterm and very-low-birthweight infants born over the past decade: a meta-analytic review. *Dev Med Child Neurol.* 2018. DOI: 10.1111/DMCN.13675.

Perkins JM, Kim R, Kristina A, McGovern M, Aguayo VM, Subramanian SV. Understanding the association between stunting and child development in low- and middle-income countries: Next steps for research and intervention. *Soc Sci Med.* 2017;193:101-9.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Peyton C, Schreiber M, Msall ME. The test of infant motor performance at 3 months predicts language, cognitive, and motor outcomes in infants born preterm at 2 years of age. *Dev Med Child Neurol.* 2018;13. DOI: 10.1111/dmcn.1373

Nádia Proença de Melo

Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;(389)(10064):103-18.

São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Hospital Infantil Darcy Vargas [internet]. Disponível em: <http://www.hidv.saude.sp.gov.br/>

Scharf RJ, Maphula A, Pullen PC, Shrestha R, Matherne GP, Roshan R, Koshy B. Global Disability. Empowering children of all abilities. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(4):769-84.

Souza JM, Cruz DALM, Veríssimo MLOR. Child Development: new diagnoses for the NANDA International. *Int J Nurs Knowl*. 2016;29(2):112-6.

Souza JM, Veríssimo MDLO. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1097-104.

Souza JM, Veríssimo MLOR, Cruz DALM. Análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2018. No prelo.

Souza JM, Veríssimo MLOR. Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practices Nursing Classifications. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(1):44-8.

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.

Trapé CA. Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Teixeira IX, Lopes MVO, Martins LCG, Diniz CM, Menezes AP, Alves NP. Validation of clinical indicators of imbalanced nutrition: less than body requirements in early childhood. *J Pediatr Nurs*. 2016; 31(2):179-86.

National Scientific Council on the Developing Child. The Scientific of early childhood Development: closing the gap between what we know and what we do. Cambridge: Harvard University; 2007. Available from: <http://www.developingchild.net>.

Urkin J, Yair BD, Porter B. S. Should we consider alternatives to universal well-child behavioral-developmental screening? *Front Pediatr*. 2015;3(21).

Veltman JA, Brunner HG. De novo mutations in human genetic disease. *Nat Rev Genet*. 2012;13(8):565-75.

Nádia Proença de Melo

Voepel-Lewis T, Burke C, Hadden SM, Tait AR, Malvyia S. Nurse's diagnoses and treatment decisions regarding care of the agitated child. *J Perianesth Nurs*. 2005;20(4):239-248.

Worthman CM, Tomlinson M, Rotheram-Borus MJ. When can parents most influence their child's development? Expert knowledge perceived local realities. *Soc Sci Med*. 2016;154:62-9.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA À LUZ DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS DAS CRIANÇAS

Resumo

OBJETIVOS: identificar diagnósticos de enfermagem pediátricos submetidos à validação, caracterizá-los segundo o referencial das Necessidades Essenciais da Criança. **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura, sem recorte temporal, nas bases de dados Cinahl, Embase, Bdenf, e portal Pubmed, com os termos *nursing diagnoses*, *child*, e *pediatric nursing*. Análise descritiva e mapeamento dos focos diagnósticos à luz do referencial. **RESULTADOS:** Dezesete artigos atenderam os critérios estabelecidos e avaliaram nove diagnósticos, sendo cinco relativos ao sistema respiratório; dois, ao desenvolvimento infantil; um, à nutrição; um, à dor aguda e um, à eliminação urinária. Todos tiveram autores brasileiros. A maioria absoluta correspondeu à necessidade de proteção e segurança; apenas um diagnóstico relacionou-se a outras necessidades essenciais. **DISCUSSÃO:** O referencial das necessidades essenciais da criança pode ancorar estudos de diagnósticos voltados à integralidade da atenção. **CONCLUSÃO:** Há poucos diagnósticos de enfermagem validados em pediatria, sendo a grande maioria voltada a uma das necessidades essenciais das crianças.

DESCRIPTORES: *child, nursing diagnoses, pediatric nursing, validation studies.*

INTRODUÇÃO

Este estudo fez um levantamento de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem voltados à criança e analisou tais diagnósticos utilizando um referencial de necessidades específicas do período infantil. Teve como finalidade contribuir para a construção da ciência de enfermagem com foco na atenção à criança.

Os pressupostos do trabalho foram:

1) As práticas da enfermagem devem estar pautadas em referenciais teóricos que representem temas específicos da ação de enfermagem e da população atendida;

- 2) As especificidades da atenção à criança correspondem à sua condição de sujeito em desenvolvimento e às suas vulnerabilidades por essa condição;
- 3) Existe uma lacuna de teorias e modelos de enfermagem que coloquem como foco principal a criança e as relações e concepções inerentes ao processo de desenvolvimento infantil;
- 4) A análise dos diagnósticos de enfermagem validados, na perspectiva das necessidades das crianças, além de traçar um panorama do conhecimento atual, caracteriza-o e indica fortalezas e lacunas para a continuidade das pesquisas sobre diagnósticos.

As especificidades da ação de enfermagem, na dimensão assistencial, são orientadas pelas teorias de enfermagem e modelos clínicos correspondentes. A teoria possibilita aprimorar a prática e direcionar a observação de fenômenos de interesse, pensar ações de enfermagem e elaborar resultados esperados. A sistematização dos cuidados, fundamentada em modelos teóricos, favorece meios para organizar informações dos clientes, analisar e interpretar tais dados para assim, cuidar e avaliar os resultados do processo de cuidado (Souza 2012, p.43).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é necessária tanto nas tarefas administrativas quanto nas assistenciais (Cavalcante et al., 2015). A SAE torna possível a operacionalização do processo de enfermagem, o qual “deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (Resolução Cofen 358/2009).

No Brasil, a sistematização da assistência, via processo de enfermagem, vem se consolidando como um meio de prover assistência de enfermagem de melhor qualidade para os usuários dos serviços, mediante atenção às suas necessidades de saúde, bem como um meio de delimitar um espaço profissional. O processo de enfermagem, baseado na teoria de Wanda Horta, concretiza a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando à avaliação da qualidade da assistência prestada Cianciarullo (2012). Considerando a atenção às necessidades humanas como o objeto de intervenção de enfermagem, Horta (1979) fundamentou o processo de enfermagem a partir da descrição das necessidades na teoria da motivação de

Maslow e da denominação dos níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual de João Mohana.

Além do modelo de Horta, outras teorias foram desenvolvidas para atender as diversas áreas de conhecimento da enfermagem (Schaurich, Crossetti, 2010), no entanto nenhuma coloca a criança como conceito principal nem representa as relações e as concepções inerentes ao processo de desenvolvimento, o que implica atenção reduzida frente às suas reais necessidades.

Tal afirmação sustenta-se nas atuais evidências sobre a importância do período infantil para a constituição do ser humano. Os primeiros anos de vida compõem o alicerce de todo o processo de desenvolvimento físico, emocional e social (Johnson et al; Fox, Levit): o cérebro infantil alcança a maior parte de seu crescimento celular e estabelece trilhões de sinapses até 2-3 anos; as bases da autoestima, senso de moralidade, responsabilidade e empatia, capacidade de aprendizado e de relacionamento social são estabelecidas até os 5-6 anos.

A condição inerente de sujeito em desenvolvimento e as suas vulnerabilidades por essa condição, determinou a criação do Marco Legal da Primeira Infância brasileiro (Marco). Essa lei determinou que todo profissional que atua com crianças deve incorporar os conhecimentos atuais sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil, e sobre direitos da criança em suas práticas.

Assim, buscou-se um referencial de necessidades capaz de suscitar proposições de cuidado que respeitem as especificidades das crianças e forneçam um contexto seguro de desenvolvimento, favorecendo o alcance de suas potencialidades e funcionamento social saudável. Chegou-se ao referencial das Necessidades Essenciais das Crianças, o qual foi concebido com base em evidências científicas sobre o que todas as crianças precisam para seu crescimento, desenvolvimento e aprendizagem (Brazelton,). Tais necessidades são: relacionamentos sustentadores contínuos; proteção física e segurança; experiências que respeitem as características individuais; experiências adequadas ao desenvolvimento; estabelecimento de limites, organização e expectativas; comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural (Brazelton, Veríssimo).

A análise comparativa desse referencial com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 2011) mostrou que ele abrange as amplas dimensões do desenvolvimento infantil (Veríssimo), podendo ampliar o foco

da atenção e embasar ações profissionais que apoiem o alcance do potencial intelectual, social, emocional e físico das crianças.

A aplicação do referencial de necessidades essenciais da criança no processo de enfermagem ocorre em todas as suas etapas, pois orienta o levantamento e análise de dados, a elaboração dos diagnósticos, bem como o planejamento, a prescrição e a avaliação dos cuidados - contudo é a seleção de diagnósticos que evidencia e define a amplitude dos cuidados. Estudo realizado por Dantas et al. (2012) afirma que a elaboração dos diagnósticos de enfermagem para a criança devem ser voltados às necessidades da criança e da sua família, permitindo que o diagnóstico torne-se ferramenta ao enfermeiro para sintetizar os problemas e planejar ações para a promoção da saúde infantil.

Os objetivos deste estudo foram: identificar os diagnósticos de enfermagem já submetidos a estudos de validação ou outros testes de avaliação; caracterizar a abrangência desses diagnósticos tendo em vista as necessidades essenciais das crianças.

MÉTODO

Duas perguntas orientaram este estudo: “quais diagnósticos de enfermagem em pediatria/saúde infantil já foram submetidos a estudos analíticos ou de validação?” e “Qual a abrangência de tais diagnósticos, considerando as necessidades essenciais das crianças?”.

Para responder a primeira pergunta, realizou-se revisão integrativa da literatura, com buscas em maio de 2016, atualizadas em janeiro de 2018. Foram utilizados os descritores *nursingdiagnoses*, *child*, e *pediatricnursing* nas bases de dados Cinahl, Embase, Bdenf, e no portal Pubmed.

Foram critérios de inclusão: estudos publicados entre os anos de 2008 a janeiro de 2018; estudos sobre diagnósticos de enfermagem em crianças maiores de 29 dias de vida, submetidos à análise mediante testes de validação ou de acurácia; nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídos estudos sobre julgamento clínico ou prevalências de diagnósticos de enfermagem em unidades de pediatria, e aqueles que não estavam disponíveis *on-line*.

Os dados foram extraídos dos textos por meio de uma ficha previamente elaborada pelos pesquisadores (Soares 2014), que possibilitou a organização dos artigos de acordo com os objetivos de estudo e sua caracterização quanto a: objetivos,

idioma, ano, país de publicação, tipo de estudo e diagnóstico de enfermagem analisado.

Para responder à segunda pergunta, foi realizada análise dos diagnósticos de enfermagem à luz do referencial teórico das Necessidades Essenciais das Crianças (Brazelton 2002). Para essa análise cruzada, foram considerados os títulos dos diagnósticos, suas definições e demais componentes e verificadas suas correspondências com as definições das Necessidades Essenciais das Crianças.

RESULTADOS

A busca nas bases Pubmed, Bdenf, Embase e Cinahl apresentaram os seguintes resultados respectivamente: 139, 107, 145 e 138. Após exclusão dos duplicados e dos que não atenderam os critérios de inclusão, foram selecionados 52 durante a leitura dos títulos. Após a leitura dos resumos, foram excluídas publicações acima dos últimos dez anos e estudos que realizavam um levantamento do perfil de diagnóstico em populações específicas ou validação de listas de diagnósticos, mapeamento de processo e intervenções de enfermagem a crianças com diagnósticos específicos e estudos na faixa etária neonatal.

A amostra final foi composta por dezessete artigos publicados entre 2009 e 2016. Pôde-se constatar que onze (64,7%) foram escritos em língua estrangeira (inglês e espanhol) e seis (41,1%), em língua portuguesa, sendo o Brasil o país de origem de todos os estudos. Quanto ao tipo de estudo: quinze eram transversais; um era de revisão sistemática da literatura; um, experimental.

A Tabela 1 apresenta os estudos selecionados, os diagnósticos abordados e relação com as necessidades essenciais das crianças. Observa-se que foram identificados nove diagnósticos de enfermagem, assim distribuídos: cinco relativos ao sistema respiratório; quatro, ao desenvolvimento infantil e um, à dor aguda. Quanto ao período de publicação, houve cinco artigos de 2009 a 2012 e doze artigos de 2013 a 2016.

A análise dos diagnósticos, segundo o referencial das Necessidades Essenciais da Criança, mostrou que a grande maioria deles correspondeu à Necessidade de Proteção Física, segurança e regulamentação e apenas um diagnóstico abrangeu as várias necessidades essenciais (Tabela 1).

Tabela 1 –Título e objetivos dos estudos selecionados, diagnósticos analisados e necessidade essencial a que se relacionam.

Título do artigo	Objetivo	Diagnóstico	Necessidade Essencial
Systematic review and meta-analysis of the accuracy of clinical indicators for ineffective airway clearance (2014).	Relatar as evidências quantitativas para a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas (IAC) em diferentes populações.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Ineffective breathing pattern in children and adolescent with congenital heart: accuracy of defining characteristics (2015).	Avaliar a prevalência do “padrão respiratório ineficaz” e a acurácia das características definidoras entre crianças e adolescentes com doença cardíaca congênita.	Padrão respiratório ineficaz.	Necessidade de proteção física e segurança.
Defining the key clinical indicators for ineffective breathing pattern in pediatric patients (2015).	Identificar os principais indicadores clínicos sobre o padrão respiratório ineficaz em pacientes pediátricos.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada.	Necessidade de proteção física e segurança.
Características definidoras do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas (2016).	Identificar as Características Definidoras (CDs) mais prevalentes, verificando a força da associação dessas características com o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas e definir quais CDs em conjunto apresentam melhor capacidade de prever a ocorrência do diagnóstico.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Adequación de las características definidoras en los diagnósticos de deterioro del intercambio de gases e de la ventilación espontánea en niños asmáticos (2015).	Validar características definidoras dos diagnósticos “Troca de gases prejudicada e Ventilação espontânea prejudicada” em crianças com asma.	Troca de gases prejudicada; Ventilação espontânea prejudicada.	Necessidade de proteção física e segurança.
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente” (2016).	Validar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Desenvolvimento melhorado do lactente” e avaliar a acurácia do diagnóstico por meio de especificidade, a sensibilidade e do valor preditivo das características definidoras propostas.	Desenvolvimento melhorado do lactente.	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento.
Desobstrução ineficaz de vias aéreas; prevalência e espectro	Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem de desobstrução ineficaz de vias aéreas, indicadores clínicos e espectro de	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.

Nádia Proença de Melo

dos seus indicadores clínicos (2014).	manifestação em crianças com infecção respiratória aguda; determinar a associação dos indicadores e a probabilidade de identificação.		
Clinical Differentiation of respiratory nursing diagnoses among children with acute respiratory infection (2016).	Identificar a definição das características definidoras que permite a diferenciação clínica entre os diagnósticos: desobstrução ineficaz das vias aéreas, padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Padrão respiratório ineficaz; Troca de gases prejudicada.	Necessidade de proteção física e segurança.
Child Development: new diagnoses for the NANDA International (2016).	Propor novos diagnósticos de enfermagem para a NANDA Internacional que abordem o desenvolvimento infantil.	Disposição para o desenvolvimento infantil melhorado.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos; Necessidade de experiências que respeitem as características individuais; Necessidade de proteção física e segurança Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas; Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras, e de continuidade cultural.
		Risco de atraso para o Desenvolvimento infantil.	Necessidade de proteção física e segurança.
		Atraso no Desenvolvimento Infantil.	Necessidade de proteção física e segurança.
Clinical Validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children (2011).	Validar clinicamente as características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda em 75 crianças hospitalizadas segundo o modelo Fehring.	Dor aguda.	Necessidade de proteção física e segurança.
Evaluation of pain and accuracy diagnostic in hospitalized children (2012).	Analisar a acurácia de dor aguda após a implementação de uma avaliação sistemática.	Dor aguda.	Necessidade de proteção física e segurança.
Operation definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease (2011).	Determinar a validade das definições operacionais dos indicadores clínicos que avaliem o estado respiratório de crianças com doenças congênitas do coração.	Desobstrução ineficaz de vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Validation of clinical indicators of imbalanced nutrition: less	Validar os indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Desequilíbrio nutricional: menos que as necessidades corporais na primeira	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais.	Necessidade de proteção física e segurança.

Nádia Proença de Melo

than body requirements in early childhood (2016).	infância. E estimar a prevalência deste diagnóstico e a frequência dos indicadores clínicos.		
Intervention for ineffective airway clearance in asthmatic children: A controlled and randomized clinical trial (2013).	Verificar a eficácia de intervenções para o diagnóstico de enfermagem de Desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças asmáticas.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças asmáticas: um estudo descritivo (2012).	Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz das Vias aéreas (DIVA) em crianças com asma; determinar a associação entre este diagnóstico e suas características definidoras, verificar a reprodutibilidade das características definidoras para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem DIVA em crianças com asma; identificar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem DIVA em crianças com asma.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Clinical indicators of Ineffective airway clearance in children with congenital heart disease (2009).	Analisar a sensibilidade e especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de desobstrução ineficaz de vias aéreas.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.
Desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda (2014).	Analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas com infecção respiratória aguda.	Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	Necessidade de proteção física e segurança.

DISCUSSÃO

Observou-se que grande parte das pesquisas ainda está voltada ao levantamento ou perfil dos diagnósticos. Isto pode estar relacionado à necessidade dos serviços em estabelecer um mapeamento da clientela atendida e elaboração de protocolos assistenciais, a fim de aprimorar a sistematização da assistência de enfermagem. Adicionalmente, tais panoramas da aplicação dos diagnósticos oferecem modelos para outros serviços que ainda estão em processo de implantação da SAE.

Os estudos de validação de diagnósticos ou de acurácia vêm sendo desenvolvidos no Brasil e geralmente estão relacionados a teses de doutorado, fato este provavelmente relacionado ao tempo requerido para tais estudos que demandam várias etapas (Dantas, Silva Nobrega, 2018).

A prevalência de diagnósticos de enfermagem que remetem às condições físicas e fisiológicas das crianças refletem o modelo de atenção à saúde que ainda prevalece nos dias atuais, o modelo biomédico, que enfatiza a queixa e busca o tratamento de doenças (Fertonani, 2015). Estudos apontam que a assistência à criança, principalmente em situações de agravos à saúde, permanece voltada a modelos de atenção a doenças, embora destaca um movimento de mudança para a assistência integral (Duarte et al., 2015).

Revisão realizada por Coelho et al. (2016) demonstrou a dificuldade de docentes de enfermagem no ensino do cuidar, uma vez que a formação é baseada majoritariamente em conhecimentos técnicos e científicos que sustentam o modelo biomédico.

Aplicar o modelo de assistência voltado às necessidades essenciais tem sido um desafio para os serviços de saúde no Brasil, uma vez que é necessário planejamento e organização dos serviços e sensibilização dos profissionais por meio de capacitações. De modo que tem sido percebido esforços isolados para a implementação de modelos de assistência à criança (Miranda et al. 2015).

Evidencia-se neste estudo que os diagnósticos de enfermagem correspondem ao modelo dicotomizado de cuidado a criança.

A grande maioria dos estudos selecionados está relacionada aos diagnósticos respiratórios. As doenças respiratórias representam 16% das causas de hospitalização em crianças de zero a cinco anos, tais como pneumonia, asma, bronquiolite e outras doenças das vias aéreas superiores (Frauches et al., 2017, Silva

et al., 2017). Ainda que o índice de mortalidade por estas afecções tenha reduzido na última década, ainda é considerada a quinta causa mais prevalente de morte na infância (Franca et al., 2017).

Ademais, outro aspecto importante a ser considerado é o movimento de estudos nacionais em busca da aplicação de diagnósticos de enfermagem acurados - destaque para as produções de grupos de estudos sobre diagnósticos fortalecidos a determinadas especialidades pediátricas.

Castral et al. (2014) reforça que a enfermagem, em suas pesquisas, atribui aspectos relacionados à assistência e ao cuidado em 61% dos estudos desenvolvidos no Brasil.

Em relação à abrangência dos diagnósticos de enfermagem considerando o referencial das necessidades essenciais das crianças, pode-se observar que quase todos os estudos estavam voltados para a necessidade de proteção física e segurança. Esta busca garantir condições adequadas para que a criança tenha a integridade física e fisiológica preservadas, de maneira a garantir a alimentação, sono, higiene, repouso, amparo, atividades e monitoramento do crescimento e desenvolvimento (Melo et. al, 2014).

Dois estudos contemplaram diagnósticos de enfermagem com vistas à promoção do desenvolvimento infantil (Souza, Cruz, Veríssimo 2016, Monteiro et al. 2016). Um dos diagnósticos tem sua definição mais restrita a características da criança e, portanto, contempla a necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento. Os diagnósticos sobre desenvolvimento infantil, propostos por Souza, Cruz e Veríssimo (2016), está embasado em uma definição de desenvolvimento infantil que considera o cuidado como aspecto central para a promoção do DI e contempla várias necessidades essenciais das crianças: necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos, necessidade de experiências que respeitem as características individuais, necessidade de proteção física e segurança, necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento, necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas, necessidade de comunidades estáveis e amparadoras, e de continuidade cultural.

Quanto às demais, a maioria dos artigos selecionados não abordou aspectos relativos ao respeito às individualidades da criança, ao estabelecimento de limites, organização e expectativas.

Ressalta-se a importância de preparar o enfermeiro desde a graduação para tomar decisões fundamentadas e pautadas em teorias científicas, fortalecendo o desenvolvimento de um raciocínio clínico diante das situações da prática.

Estudos que utilizem as necessidades essenciais da criança podem auxiliar a ampliar o foco na promoção de saúde. Recentemente, foi aprovado o “Marco legal pela primeira infância”, lei que organiza uma série de programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade. A criança, dentro de sua faixa etária, é considerada como prioridade no desenvolvimento de programas, na formação dos profissionais e na formulação de políticas públicas (Brasil, 2016).

De acordo com França et al. (2017), os índices de mortalidade na infância reduziram entre as crianças menores de cinco anos, embora ainda esteja elevado. Em países subdesenvolvidos, tem se verificado elaboração de políticas visando à promoção do desenvolvimento de crianças pequenas. Dessa maneira, as pesquisas voltaram-se para questões relacionadas à promoção do desenvolvimento infantil, contudo, ao tratar-se de diagnósticos de enfermagem voltados à promoção da saúde da criança, foram pouco evidenciadas.

Estudo de Souza, Veríssimo (2016, 2018) propõe uma abordagem ampliada sobre a promoção de saúde da criança por meio de um diagnóstico de enfermagem voltado ao desenvolvimento infantil. Esta proposta está pautada na Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 2011), em que o diagnóstico conceitua o desenvolvimento por meio da influência de quatro elementos: pessoa, processo, contexto e tempo. Estes elementos descrevem a pessoa como o ser que abarca seus componentes individuais. Em meio ao processo de interações complexas, quando ocorrem mudanças no organismo humano de maneira biopsicológica, dentro de um contexto em que o indivíduo está inserido. E o elemento tempo traduz os eventos que podem acontecer no decorrer da história.

A produção do conhecimento em enfermagem tem se desenvolvido continua e progressivamente nas pesquisas, e muitas das produções estão relacionadas com a pós-graduação. Para o avanço nas produções e publicações em enfermagem, é necessário investimento e empenho no ensino nas universidades brasileiras (Oliveira, Egry, 2016).

Dessa maneira, percebeu-se que a enfermagem apresenta crescente aumento nas produções científicas, entretanto as questões voltadas aos aspectos biológicos e às hospitalizações da criança apresentam mais destaque nas publicações.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do conhecimento da enfermagem depende de identidade, clareza disciplinar e compromisso dos profissionais para a construção coletiva das teorias próprias que levam à identidade profissional e à visibilidade (Turkel et al., 2018).

O enfermeiro que atua em saúde da criança deve estar preparado, seguro por meio de conhecimentos teóricos que embasam a execução de suas atividades, o pensamento crítico na tomada de decisões para que se garanta resultados satisfatórios e com olhar para as necessidades da criança.

Nesta revisão, pode-se perceber que os diagnósticos de enfermagem correspondem mais frequentemente com a necessidade de proteção física, segurança e regulamentação.

Espera-se com este estudo incentivar os enfermeiros a olhar para os diagnósticos de enfermagem que foquem a criança dentro das suas necessidades essenciais, sugerindo como fundamental a proximidade do enfermeiro com referenciais e teorias, a fim de se tornarem ferramentas para obtenção deste olhar ampliado.

Um recente debate identificou que a melhor evidência para a prática de enfermagem é a teoria que é considerada empiricamente adequada por meio de pesquisa. Dessa forma, a melhor evidência para a prática de enfermagem é a teoria de enfermagem, que possibilita ao profissional a compreensão de que a ciência da enfermagem é suprema (Turkel et. al., 2018).

Considerando que a enfermagem propõe ampliar a abrangência de diversos fenômenos devido à sua meta holística, pode-se justificar as dificuldades encontradas para a utilização de teorias próprias (Turkel et. al., 2018).

Referências

- 1- Brazelton TB, Greenspan ST. As necessidades essenciais da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Manole; 2002.

- 2- Souza MF. As teorias de enfermagem e suas influências nos processos cuidadosos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5ª ed. revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone; 2012. Cap.2. p.35-45.
- 3- Cavalcante ANRZ, Brunori EHFR, Lopes CT, Silva ABV, Herdman TH. Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(1): 155-160.
- 4- Conselho Federal de Enfermagem. 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. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2009.
- 5- Cianciarullo TI. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5ª ed. revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone; 2012. Cap.1. p.21-34.
- 6- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.
- 7- Johnson SB, Riis JL, Noble KG. State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. Pediatrics 2016 137: e20153075.
- 8- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- 9- Bronfenbrenner, U. Bioecologia do Desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre; Artmed; 2011.
- 10- Veríssimo MLOR. Necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento: referencial para o cuidado em saúde. RevEscEnferm USP- No prelo.
- 11- Dantas AMN, Gomes GLL, Silva KL, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35524>.
- 12- Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara nº 14, de 2015. Disponível em: < <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120182>>. Acesso em 30 de março de 2018.

- 13- Soares CA, Hoga LAK, Peduzzi M, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2014; 48(2): 335-45.
- 14- Sousa VEC, Lopes MVO, Silva VM. Systematic review and meta- analysis of the accuracy of clinical indicators for ineffective airway clearance. *Informing Practice and Policy Wourdvide through Research and Scholarship*, 2014.
- 15- Beltrão BA, Herdman TH, Pascoal LM, Chaves DBR, Lopes MVO. Ineffective breathing pattern in children and adolescent with congenital heart: accuracy of defining characteristics. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24: 2505-2513.
- 16- Sousa VEC, Lopes MVO, Silva VM, Keenen GM. Defining the key clinical indicators for ineffective breathing pattern in pediatric patients. *JournalofClinicalNursing* 2015; 24: 1773-1783.
- 17- Chaves DBR, Beltrão BA, Pascoal LM, Oliveira ARS, Andrade LZC, Santos ACB, Moura KKM, Lopes MVO. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas. *Rev. Bras. Enf*, 2016; 69(1): 102-09.
- 18- Carvalho DMC, Silva VM, Tavora RCO, Chaves DBR, Beltrão BA, Lopes MVO. Adequación de las características definidoras en los diagnósticos de deterioro del intercambio de gases e da ventilação espontanea en niños asmáticos. *Enfermería Clínica*, 2015; 25(6):296-304.
- 19- Monteiro FPM, Araújo TL, Costa FBC, Leandro TA, Cavalcante TF, Lopes MVO. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”. *Rev. Bras. Enferm* 2016; 69(05): 855-63.
- 20- Andrade LZC, Silva VM, Lopes MVO, Chaves DBR, Távora RCO. Desobstrução ineficaz de vias aéreas; prevalência e espectro dos seus indicadores clínicos. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4): 319-25.
- 21- Pascoal LM, Lopes MVO, Silva VM, Chaves DBR, Beltrão BA, Nunes MM, Moura KKM. Clinical Differentiation of respiratory nursing diagnoses among children with acute respiratory infection. *JournalofPediactricNursing*. 2016;31: 85-91.
- 22- Souza JM, Veríssimo MLOR. Child Development in the NANDA I and Internacional Classification for Nursing Practices. *Internacional Journal of Nursing Knowledge* 2013; 24(1): 44-48.

- 23- Souza JM, Cruz DALM, Veríssimo MLOR. Child Development: new diagnoses for the NANDA International, 2016; 0(0):1-5.
- 24- Ferreira AM, Predebom CA, Cruz DALM, Rabelo ER. Clinical Validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2011;22(4):162-168.
- 25- Predebom CM, Cruz DALM, Matos FGOA, Ferreira AM, Pasin S, Rabelo ER. Evaluation of pain and accuracy diagnostic in Hospitalized children. *International Journal of nursing Knowledge*, 2012; 23(2):106-13.
- 26- Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL, Beltrão BA, Monteiro FPM, Cavalcante TF, Moreira RP, Santos FAAS. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. *Heart Lung* 2011;40(3):70-7.
- 27- Teixeira IA, Lopes MVO, Martins LCG, Diniz CM, Menezes AP, Alves NP. Validation of clinical indicators of imbalanced nutrition: less than body requirements in early childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 2016(31): 179-86.
- 28- Lima LHO, Lopes MVO, Falcão RTS, Freitas RMR, Oliveira TF, Costa MCC. Intervention for ineffective airway clearance in asthmatic children: a controlled and randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Practice*, 2013; 19:88-94.
- 29- Mendes CL, Cavalcante JCB, Lopes MVO, Lima LHO. Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças asmáticas: um estudo descritivo. *TextoContextoEnferm*, 2012; 21(2): 371-8.
- 30- Silva VM, Lopes MVO, Araujo TL, Ciol MA, Carvalho EC. Clinical indicators of Ineffective airway clearance in children with congenital heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18(5): 729–36.
- 31- Andrade LZC, Moura KKM, Chaves DBR, Silva VM, Lopes MVO. Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2014; 16(1):21-7.
- 32- Melo FR, Henrique NCP, Veríssimo MLOR, Tonete VLC, Malone M. A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, 2014; 22(4): 604-10.
- 33- Natali RMT, Santos DSPS, Fonseca AMC, Filomeno GCM, Figueiredo AHA,

Terrivel PM, Massoni KM, Braga ALF. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias e adolescentes da cidade de São Paulo, 200-2004. *Rev. Paul. Pediatr*, 2011; 29(4):584-90.

34- Castral TC, Daré MF, Scochi CGS. Prioridades de pesquisa em enfermagem neonatal e pediátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet], 2014; 16(1):12-4.

35- Duran ECM, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem. *Rev. Gaucha Enferm*, 2011; 32(2): 234-40.

36- Oliveira MAC, Egry EY. O ano turbulento que se encerra pode nos ensinar muito! *Ver. Esc. Enferm. USP*, 2016:50(6).

37- McGregor SG, Cheung YB, Cuesta S, Gleawe P, Richter L, Strupp B. Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 2007; 369(6): 60-70.

38- Souza JM, Veríssimo MLOR, Cruz DALM. Análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. *Revista Eletrônica de enfermagem* 2018- No prelo.

39- Fox S, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*. 2010; 81(1):28-40.

40- Turkel M, Fawcett J, Chinn PL, Eustace R, Hansell PS, Smith MC, Watson J, Zahourek R. Thoughts About Advancement of the Discipline: Dark Clouds and Bright Lights. *Nursing Science Quarterly* 2018, Vol. 31(1) 82–85. DOI: 10.1177/0894318417741121

41- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, et al. (2011) Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet* 378: 1325–1338. pmid:21944375

42- Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 jan-mar; 14 (1): 182-88

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Nádia Proença de Melo, enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sob a supervisão da professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, estou desenvolvendo um estudo intitulado “Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I sobre desenvolvimento infantil: validação clínica” e venho convidá-lo para participar como voluntário (a). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo validar diagnósticos de enfermagem sobre o desenvolvimento infantil. Os diagnósticos de enfermagem são as classificações que o enfermeiro faz da situação da criança e que justificam suas decisões quanto ao que ele deve fazer e conversar com a família para cuidar da criança. Com os diagnósticos, a avaliação do desenvolvimento infantil feita pelo enfermeiro poderá auxiliar no acompanhamento e na identificação precoce de possíveis alterações do desenvolvimento da criança. Caso concorde em participar do estudo, farei a avaliação do desenvolvimento da sua criança, observando os comportamentos dela ou verificando com você as coisas que ela já consegue fazer. Também farei perguntas sobre fatores que podem influenciar no desenvolvimento, como, por exemplo, dados do pré-natal, alimentação, rotina da criança, relações afetivas com a mãe e família, doenças e outras informações que a família queira discutir sobre o cuidado da criança. A entrevista terá uma duração de quarenta a sessenta minutos e será realizada aqui no ambulatório de especialidades do Hospital Infantil Darcy Vargas durante o período de espera pelas consultas mensais da criança, em horário a ser combinado com você.

Se você concordar, poderemos completar as informações utilizando alguns dados do prontuário da criança, relativos à história anterior de saúde dela, que podem ajudar a entender melhor como está progredindo o desenvolvimento dela. Esclareço que os dados coletados do prontuário serão copiados no formulário da sua entrevista para depois serem analisados em conjunto com todas as informações obtidas. As informações serão estudadas para verificar quais são os principais fatores que interferem no desenvolvimento das crianças.

Não haverá identificação das crianças ou famílias nos relatórios de pesquisa nem nos artigos científicos produzidos.

Esse material será arquivado após o término da pesquisa e divulgação dos resultados e todas as informações serão utilizadas apenas para este estudo.

A sua participação na pesquisa poderá ocasionar, como desconforto para você e sua criança, o tempo dedicado a esta conversa. Para minimizar, procuraremos realizar a entrevista no intervalo de espera pela consulta de acompanhamento no ambulatório. Além disso, você poderá não se sentir tranquila em relembrar alguma situação difícil que tenha ocorrido com a criança ou sua família. Caso isso aconteça, está garantido que você poderá responder apenas as perguntas que desejar; então, você poderá se recusar a responder alguma questão, recusar a continuar a entrevista ou poderá fazer uma pausa até sentir-se bem para continuar. Reforçamos também que não é nossa intenção julgar os cuidados da sua criança, mas apenas entender as realidades de cada uma e os efeitos dessas realidades no processo de desenvolvimento infantil.

Nádia Proença de Melo

Caso seja verificado algum problema com a saúde ou desenvolvimento da criança, que ainda não seja conhecido pelos profissionais que fazem seu atendimento, serão realizados os encaminhamentos necessários para o melhor acompanhamento e bem-estar dela dentro do próprio ambulatório.

Sua participação na pesquisa poderá proporcionar ao enfermeiro mais recursos para realizar ações que promovam o desenvolvimento adequado da sua criança, bem como se aproximar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dela.

Ressalto que sua participação é voluntária e que, a qualquer momento, você poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como se recusar a participar do estudo, inclusive de desistir quando quiser, sem que isso lhe acarrete prejuízo de qualquer espécie. Será mantido sigilo quanto à sua identidade durante a realização e na divulgação dos resultados da pesquisa - em eventos e publicações científicas, pois as suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes.

Esta pesquisa não possui financiamento. Não haverá custo e nem remuneração pela sua participação, mas se você tiver alguma despesa por causa da entrevista, o valor gasto será ressarcido. Haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovados legalmente.

Você terá acesso à pesquisadora em qualquer etapa do estudo, que poderá ser encontrada no endereço, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP, pelo telefone a cobrar (11) 96471-3733 ou e-mail nadimelenf@hotmail.com. Para alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP situado no mesmo endereço citado acima, cujo telefone é (11) 3061-8858 e e-mail: cepee@usp.br. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Nome do(a) participante/ responsável legal da criança

Assinatura do(a) participante/ responsável legal da criança

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Nádia Proença de Melo

APÊNDICE C**Instrumento de coleta de dados**

Nº _____

Criança: _____ Sexo: _____

Data nascimento: _____ Idade: _____

Informante: _____ O que é da criança: _____

Existe parentesco entre os pais? _____

Local da coleta: _____

Prontuário: _____ Data da coleta: _____

Diagnósticos de enfermagem (a ser preenchido ao final da coleta de dados):

- () Atraso no desenvolvimento infantil
() Risco de atraso no desenvolvimento infantil
() Disposição para o desenvolvimento infantil melhorado

1ª fase: Coleta de dados no prontuário, caderneta da criança, entrevista com o cuidador
Dados da gestação e parto

1. Teve algum problema na gestação?
() não () sim Qual? _____
2. A <criança> apresentou algum problema ao nascer?
() não () sim Qual? _____
3. Ficou hospitalizada ao nascer?
() não () sim Por qual motivo? _____
4. Qual a Idade gestacional no nascimento? _____ semanas
5. Qual o peso ao nascer? _____ gr.
Nas questões 6 e 7, responder apenas aquela referente à idade da criança.
6. Até 6 meses de vida: a criança está em aleitamento materno exclusivo? () sim () não () não se aplica
7. Após os seis meses de vida: por quanto tempo a criança recebeu aleitamento materno exclusivo?
_____. () não se aplica
8. A mãe fez uso de algum medicamento na gestação?
() não () sim Quais: _____
9. A mãe fumou na gestação?
() não () sim Quantos cigarros/dia: _____
10. A mãe fez uso de álcool e outras drogas na gestação?
() não () sim Descrever o tipo de droga e quantidade: _____
11. Durante a gestação, a mãe teve contato com poluentes ambientais (pesticidas, produtos químicos, tóxicos)?
() não () sim Quais: _____
12. Durante a gestação, a mãe teve algum problema de saúde mental como ansiedade, depressão ou outros?
() não () sim Descrever: _____
13. A mãe tem algum problema de saúde?
() não () sim Qual(is): _____
14. A mãe fez acompanhamento pré-natal?
() não () sim Quantas consultas: _____

Nádia Proença de Melo

Dados da criança

15. Peso da criança _____gr

16. Estatura _____cm

17. IMC _____

18. Perímetro cefálico _____

19. A <criança> tem alguma doença?

() não () sim Qual: _____ (investigar distúrbio genético, congênito e sensorial)

20. Conte como é alimentação diária da <criança> (verificar se usa açúcar, alimentos processados...)

A alimentação da criança segue os dez passos da alimentação saudável? (aleitamento materno, introdução de alimentação complementar variada, evitar açúcar, industrializado).

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

21. A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

22. A <criança> tem um cuidador principal, que permanece a maior parte do período diário realizando os cuidados e estabelecendo convivência com ela?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

23. Você considera que a criança gosta e confia (tem vínculo) em quem cuida dela?

() sim () não

24. Você considera que a família conversa, aconchega no colo, toca com carinho, brinca com a criança, mesmo quando ela não está chorando?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

25. Você considera que a família estabelece limites e regras na rotina da criança, repreendendo quando necessário e sem uso de força física ou chantagem?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

26. Você considera a sua casa segura para a <criança>? (a criança tem acesso a panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?)

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

27. Você considera o ambiente da sua casa favorável ao desenvolvimento da <criança>? (tem espaço seguro para brincar)

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

28. Você considera que a criança é estimulada em casa ou na creche? (conversam com ela, brincam, tem brinquedos adequados a idade, cantam, leem história)

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

29. A <criança> presencia violência (brigas, discussões) dentro de casa?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

30. Você considera o contexto social que a <criança> vive, isto é, bairro, lugares que frequentam, adequados ao desenvolvimento da criança?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

31. Você se sente apoiada pelos profissionais de saúde no cuidado da criança?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

32. Você considera que a <criança> tem apoio em momentos de dificuldades como internações, doenças, mudanças na rotina?

() sempre () frequentemente () raramente () nunca

33. A criança já esteve em alguma instituição (abrigo, orfanato)?

Nádia Proença de Melo

() sim () não

34. O pai ou a mãe (ou o cuidador/responsável) apresenta alguma dificuldade de aprendizagem?

() sim () não

2ª Etapa - INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE REPRODUÇÃO SOCIAL (Trapé, 2011)

Dados sobre o trabalho (chefe da casa)

35. Quem é o chefe da casa? _____

36. Caso não seja você o responsável, qual seu parentesco com ele? _____

37. Qual o sexo do responsável? _____

38. Qual a escolaridade? _____

39. Possui alguma profissão (curso de formação, profissionalizante ou graduação)? _____

40. Qual a atividade que ele exerce (ocupação)? _____

41. Descreva com detalhes a atividade exercida:

42. Realizou algum curso preparatório para esta atividade? () sim () não

43. Possui registro em carteira? () sim () não () não se aplica

44. Qual o tipo de vínculo possui? () autônomo () aposentado () afastamento do trabalho
() empregador () pensionista () recebe recursos de outras fontes, como casa de aluguel ou bolsas do governo

45. Em caso de bico, a atividade exercida é: () serviço de escritório () serviços gerais

46. Qual a renda do chefe da casa? () menos de 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos
() acima de 3 salários

Dados da casa

47. Sua casa é: () cedida () alugada () financiada () própria regular () própria irregular

48. Qual a localização da sua casa: () favela () cortiço () casa ou apartamento () conjunto habitacional popular () quintal comum

49. Número de cômodos para dormir? () não tem () 1 () 2 () 3 ou mais

50. Recebe conta de água? () sim () não

51. Recebe conta de luz? () sim () não

52. Acesso a serviços públicos de esgoto? () sim () não

53. Há quanto tempo residem neste local? () menos de 1 ano () mais de 1 ano () não sabe

54. Paga IPTU? () sim () não

55. Algum membro da família participa de alguma atividade religiosa (missa, cultos)? () sim
() não

56. A família tem algum tipo de atividade de lazer? () sim () não. Qual? _____

Nádia Proença de Melo

3ª fase: Realizar a avaliação de desenvolvimento da Caderneta de Saúde da Criança

1. Marco(s) do desenvolvimento ausente
(nº): _____
2. Fatores de risco da caderneta
(nº): _____
3. Anotar a classificação do desenvolvimento da criança segundo a caderneta (ao final da coleta):
 - () Provável atraso no desenvolvimento
 - () Alerta para o desenvolvimento
 - () Desenvolvimento adequado com fatores de risco
 - () Desenvolvimento adequado

Nádia Proença de Melo

APÊNDICE D

Manual de orientação para coleta e análise dos dados

Característica Definidora/Fator relacionado (variável)	Item correspondente no roteiro	Como coletar o dado	Como analisar os dados	Referências
<ul style="list-style-type: none"> • 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; 	1- Instrumentos de avaliação da caderneta de saúde da criança.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar a caderneta de saúde da criança; - Aplicar a escala e classificar o desenvolvimento da criança; - Os marcos estarão numerados, anotar no instrumento de coleta de dados os números do marco que estiverem ausentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os dados da caderneta para verificar se a criança apresenta estas CDs; - Assinalar “Sim” quando a criança apresentar algum marco ausente, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade/ Incapacidade em desempenha, habilidades motoras típicas do grupo etário: Marcos de zero a doze meses: <ul style="list-style-type: none"> - Mantém a barriga para cima, pernas e braços fletidos e cabeça lateralizada; - Levanta a cabeça, abre as mãos, mexe os membros; - Segura objetos, muda de posição ativamente (rola), fica sentado sem apoio, faz pinça e anda sem apoio. Marcos de doze meses a três anos: 	(Brasil, 2013).

Nádia Proença de Melo

			<ul style="list-style-type: none"> - Coloca blocos na caneca, anda sem apoio, usa colher ou garfo, anda para trás, chuta a bola, pula com ambos os pés, arremessa a bola; • Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades psicossociais típicas do grupo etário: Marcos de zero a doze meses: <ul style="list-style-type: none"> - Observa um rosto, reage ao som, sorriso social quando estimulada, resposta ativa ao contato social, brinca de esconde-achou. Marcos de doze meses a três anos: <ul style="list-style-type: none"> - Mostra o que quer, brinca com outras crianças, reconhece duas ações; • Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades na linguagem típicas do grupo etário. Marcos de zero a doze meses: 	
--	--	--	---	--

Nádia Proença de Melo

			<p>- Emite sons, localiza vozes, duplica sílabas, produz “jargão”.</p> <p>Marcos de doze meses a três anos:</p> <p>- Fala uma palavra; - Fala três palavras, - Fala frases com duas palavras;</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade/Incapacidade em desempenhar habilidades cognitivas típicas do grupo etário: <p>Marcos de zero a doze meses:</p> <p>- Leva objetos a boca, transfere de uma mão para outra, imita gestos.</p> <p>Marcos de doze meses a três anos:</p> <p>- Mostra o que quer, usa colher ou garfo, constrói torre de dois cubos, aponta duas figuras, veste-se com supervisão.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Ser classificada como risco para o desenvolvimento, segundo escala de avaliação padronizada. 	- Instrumentos de avaliação da caderneta de saúde da criança.	<p>- Utilizar a caderneta de saúde da criança;</p> <p>- Aplicar a escala e classificar o desenvolvimento da criança;</p> <p>- Os marcos estarão numerados, anotar no instrumento de coleta de dados os marcos ausentes;</p>	<p>Considerar presente quando a criança for classificada como:</p> <p>() alerta para o desenvolvimento ou</p> <p>() desenvolvimento adequado com fatores de risco.</p>	(Brasil, 2013).

Nádia Proença de Melo

<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento adequado; • Crescimento inadequado. 	<p>Peso da criança? Estatura da criança? IMC da criança? Perímetro cefálico da criança?</p>	<p>- Coletar os dados do prontuário se forem recentes (menos de um mês) ou pesar e medir a criança conforme preconizado pelo MS.</p>	<p>- Colocar os dados na curva de crescimento da caderneta de saúde;</p> <p>- Considerar crescimento inadequado se algum item estiver abaixo do escore Z-2 ou acima de Z+2;</p> <p>- Considerar crescimento adequado se todos os dados estiverem entre Z-2 e Z+2.</p>	<p>(Brasil, 2013)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças. 	<p>A criança tem alguma doença? () não () sim Qual: _____ (investigar distúrbio genético, congênito e sensorial)</p>	<p>Buscar a informação no prontuário e caderneta de saúde.</p> <p>Questionar a mãe sobre as doenças apresentadas pela criança desde o nascimento até o momento atual.</p> <p>Caso a criança já possua algum diagnóstico médico, questionar sobre a evolução e tratamento;</p> <p>Considerar como doença as situações de patologias crônicas, ou seja, doenças que demandam tratamento de pelo menos seis meses, tais como: câncer, Insuficiência renal crônica, Diabetes melitus, Anemia falciforme e outrasdoenças hematológicas etc.</p>	<p>Se a resposta for sim, considerar umas das doenças:</p> <p>- Alterações que afetam o Sistema Nervoso Central, como convulsão febril, malária com acometimento cerebral, má formação cerebral;</p> <p>- Plagiocefalia deformacional;</p> <p>- Sinostose sagital;</p> <p>Neurobriomatose;</p> <p>- Deficiência de ferro e anemia;</p> <p>- Transfusão sanguínea; - Baixos Níveis de T4;</p>	<p>(Souza, 2014).</p>

Nádia Proença de Melo

		<p>Como doenças agudas foram considerados os casos de: Bronquiolite, Bronquite, Asma e Fimose e todas as demais alterações que tenham curso de duração, tratamento, cura ou morte num intervalo rápido.</p> <p>Como distúrbios congênitos, considerar todas as malformações (neurológicas, cardíacas, renais, gastrointestinais, urológicas, genitais, etc.);</p> <p>Como distúrbios genéticos, considerar síndromes: Síndrome de Down (Trissomia do 21), Síndrome de Edwards (Trissomia 18), Síndrome de Turner, Síndrome de Klinefelter (Sd. 47), etc.</p> <p>Como distúrbio sensorial considerar alterações do SNC ou SNP, como: perda de sensações (hipostesia ou anestesia) ou sensações anormais (parestesias ou disestesias). As queixas sensoriais mais comuns são: crises epiléticas, isquemias ou alterações metabólicas.</p> <p>Colocar como SIM apenas na doença ou no distúrbio apresentado pela criança e colocar NÃO nos demais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotireoidismo, Ansiedade, Processo Inflamatório pós-natal, Cardiopatias; - Doenças Crônicas como artrite e enxaqueca; - Broncodisplasia Pulmonar e Deficiência Sensitiva; - Doenças genéticas: Pé Torto, Má formação cerebral; - Doenças congênitas: Cardiopatias e outros Problemas congênitos; - Plagiocefalia Deformacional; 	
--	--	---	--	--

Nádia Proença de Melo

<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridade ou baixo peso ao nascer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a idade gestacional no nascimento? _____ semanas • Qual o peso ao nascer? _____ gr. 	Coletar estes dados do prontuário da criança /caderneta de saúde da criança ou com o informante.	Esta variável será considerada presente se a idade gestacional de nascimento for menor que 37 semanas e o peso menor que 2500kg.	(Brasil, 2015)
<ul style="list-style-type: none"> • Criança amamentada. 	<p><i>Nas questões 6 e 7, responder apenas àquela referente à idade da criança.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Até seis meses de vida: a criança está em aleitamento materno exclusivo? () sim () não () não se aplica • Após os seis meses de vida: por quanto tempo a criança recebeu aleitamento materno exclusivo? _____. () não se aplica 	Questionar a mãe sobre o período de amamentação (exclusiva ou não).	Considerar presente se a criança recebeu aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida.	No primeiro mês de vida, amamentada com exclusividade, apresenta uma ativação do giro frontal superior. Obtendo mais sensibilidade materna no terceiro e quarto mês de vida. (Kim P, et al.2015)
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicações na gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe fez uso de algum medicamento na gestação? () não () sim • Quais: _____ 	Questionar a mãe sobre uso de medicações na gestação.	Considerar presente se a mãe utilizou na gestação: medicamentos antidepressivos e antiepilépticos.	O uso de medicações antiepilépticas, como valproato e carbamazepina podem influenciar no desenvolvimento infantil (Souza, 2014).
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tabaco na gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe fumou na gestação? () não () sim • Quantos cigarros/dia: _____ 	Questionar a mãe sobre o uso de tabacos durante a gestação.	Considerar presente se, durante algum período da gestação, fez uso de tabaco.	O tabaco, assim como outras drogas, pode influenciar no desenvolvimento

Nádia Proença de Melo

				<p>cognitivo, motor e comportamental da criança (Souza, 2014).</p> <p>No estudo de Melchior et al. (2015), o tabagismo durante ao primeiro trimestre da gestação pode influenciar na hiperatividade e na falta de atenção na criança.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de álcool e drogas na gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe fez uso de álcool e drogas na gestação? • () não () sim <p>Descrever o tipo de droga e quantidade: ____</p>	<p>Questionar a mãe sobre a utilização de drogas e álcool na gestação.</p>	<p>Considerar presente se a mãe fez uso de álcool e drogas em qualquer quantidade e em qualquer período da gestação.</p>	<p>O uso de álcool na gestação pode influenciar no desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental da criança. Na vida intrauterina, pode promover malformações e neurodeficiência. Bem como uso de drogas ilícitas como: maconha, cocaína e heroína podem representar riscos cumulativos ao bebê (Souza, 2014); (Nash,2013).</p>

Nádia Proença de Melo

<ul style="list-style-type: none"> Exposição a poluentes ambientais. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante a gestação a mãe teve contato com poluentes ambientais? <p>() não () sim Quais:</p>	Questionar a mãe sobre a exposição a agentes poluentes importantes ou residenciais e assinalar as respostas correspondentes.	Considerar presente se houve contato da gestante com poluentes atmosféricos, tais como: monóxido de carbono, dióxido de enxofre, óxidos e nitrogênio, ozônio, gás de cozinha, poluentes do ar residencial.	O contato da gestante com Difenil éteres polibromados (PBDE's) pode influenciar na neurodesenvolvimento (Hoffman, K, 2012); (Souza, 2014).
<ul style="list-style-type: none"> Saúde mental materna alterada (durante a gestação). 	<ul style="list-style-type: none"> Durante a gestação, a mãe teve algum problema de saúde mental como ansiedade, depressão ou outros? <p>() não () sim Descrever:</p>	Questionar a mãe sobre doenças mentais apresentadas durante a gestação.	Considerar presente se a mãe, durante a gestação, apresentou quadros de: Ansiedade e Depressão.	A Depressão materna pode influenciar nas relações de apego à criança (Souza, 2014); (Masson, ZS, 2011).
<ul style="list-style-type: none"> Doença materna. 	<ul style="list-style-type: none"> A mãe tem algum problema de saúde? <p>() não () sim Quais:</p>	Questionar a mãe sobre sua história pregressa de doenças. e relatar quais ela apresenta de base (independente da gestação).	Considerar presente se a gestante teve contato com o Citomegalovírus; apresentou falta ou início tardio do pré-natal.	(Souza, 2014). (Masson, ZS, 2011).
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento pré-natal insuficiente ou ausente. 	<ul style="list-style-type: none"> A mãe fez acompanhamento pré-natal? <p>() não () sim Quantas consultas: _____</p>	Questionar a mãe sobre o número de consultas de pré-natal realizadas ou coletar dados do prontuário.	Considerar como NÃO a gestante que realizou menos de seis consultas de pré-natal.	Segundo as Metas Para o Desenvolvimento do milênio, a número 5 aborda como "Melhorar a saúde materna" em que se preconiza o número mínimo de seis consultas de pré-natal (Brasil).

Nádia Proença de Melo

<ul style="list-style-type: none"> Falta de estímulo. 	<p>Você considera que a criança é estimulada em casa ou na creche? (conversam com ela, brincam, tem brinquedos adequados à idade, cantam, leem história):</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o informante se a criança é estimulada em casa, se brincam com ela, se tem brinquedos adequados à idade.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p>	<p>(Brazelton, 2002).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Evidência de vínculo da criança com o cuidador; Interação com os pais favorável; Ausência de vínculo com o cuidador; Ambiente familiar favorável ao desenvolvimento. 	<p>A <criança> tem um cuidador principal, que permanece a maior parte do período diário realizando os cuidados e estabelecendo convivência com ela?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p> <p>Você considera que a criança gosta e confia (tem vínculo) em quem cuida dela?</p> <p>() sim () não</p> <p>Você considera que a família conversa, aconchega no colo, toca com carinho, brinca com a criança, mesmo quando ela não está chorando?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p> <p>Você considera o ambiente da sua casa favorável ao desenvolvimento da <criança>? (tem espaço seguro para brincar)</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar se o cuidador possui momentos únicos com a criança, como são suas relações de afeto e classifica-las de acordo com a percepção dele. Bem como sobre as condições da casa e a segurança da criança de acordo com a sua percepção e classificar de acordo com as alternativas.</p>	<p>a resposta das 3 questões for sempre ou frequentemente considerar como presentes estas variáveis</p> <p>Se a resposta das questões for não, raramente ou nunca, considerar como presente esta variável.</p>	<p>A capacidade da mãe em satisfazer as necessidades e angústias da criança desde bebê promove a confiança da criança (Laible, 2015).</p> <p>A sensibilidade materna é de extrema importância para o desenvolvimento social e emocional dos bebês e criança pequenas. A qualidade da interação entre mãe e bebê tem um profundo impacto na linguagem, cognição e desenvolvimento socioemocional da criança (Nash, JM 2013); (Brazelton, 2002);</p>

<p>- Necessidades da criança atendidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conte como é alimentação diária da <criança> (verificar se usa açúcar, alimentos processados...) <hr/> <p>A alimentação da criança segue os dez passos da alimentação saudável? (aleitamento materno, introdução de alimentação complementar variada, evitar açúcar, industrializado):</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p> <ul style="list-style-type: none"> • A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)? <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você considera que a família estabelece limites e regras na rotina da criança, repreendendo quando necessário e sem uso de força física ou chantagem? <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o cuidador sobre as necessidades da criança representada pelos três itens de avaliação (alimentação, higiene e regras e limites) e registrar o item correspondente.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p> <p>Esta característica será considerada presente se todas as respostas forem classificadas como SIM.</p>	<p>(Brazelton,2002) (Brasil, 2013).</p>
---	---	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Você considera a sua casa segura para a <criança>? (a criança tem acesso a painéis quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas)? <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Condições econômicas favoráveis; • Economicamente desfavorecido; • Condições sociais desfavoráveis. 	<p>Dados sobre o trabalho (chefe da casa)</p> <p>57. Quem é o chefe da casa? _____</p> <p>58. Caso não seja você o responsável, qual seu parentesco com ele? _____</p> <p>59. Qual o sexo do responsável? _____</p> <p>60. Qual a escolaridade? - _____</p> <p>61. Possui alguma profissão (curso técnico, profissionalizante e graduação)? _____</p> <p>62. Qual a atividade que ele exerce (ocupação)? _____</p> <p>63. Descreva com detalhes a atividade exercida: _____</p> <p>64. Realizou algum curso preparatório para o trabalho? () sim () não</p> <p>65. Não se aplica</p> <p>66. Possui registro em carteira? () sim () não () não se aplica</p>	<p>As perguntas deste questionário devem ser direcionadas ao Chefe da família, caso seja outra pessoa o entrevistado, relatar qual a relação da pessoa com o chefe de família.</p> <p>Em caso de dúvida em assinalar alguma resposta, colocar ao lado por extenso (Exemplo: Esta atividade pode ser considerada:</p> <p>() Bico () trabalhador autônomo () registrada em carteira () aposentado () pensionista () afastado () apoio () estudante () Não se aplica</p> <p>Para cada ocupação existe uma categoria:</p> <p>1- Direção/ gerência e Planejamento;</p> <p>2- Tarefas de execução;</p>	<p>Para se aplicar o Índice de Reprodução Social, é necessário obter as seguintes variáveis divididas em duas dimensões:</p> <p>1- Variáveis da dimensão de produção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condição da atividade e qualificação da ocupação; - Curso preparatório. <p>2- Variáveis da dimensão de Consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso a serviços públicos: esgoto; - Recebe conta de água; - Recebe conta de luz; 	(Trapé, 2011).

	<p>67. Qual o tipo de vínculo possui? () autônomo () aposentado () afastamento do trabalho () empregador () pensionista () recebe recursos de outras fontes, como casa de aluguel ou bolsas do governo.</p> <p>Dados da casa</p> <p>68. Sua casa é: () cedida () alugada () financiada () própria regular () própria irregular</p> <p>69. Qual o local de habitação da sua casa: () favela () cortiço () casa ou apartamento () conjunto habitacional popular () quintal comum</p> <p>70. Número de cômodos para dormir? () não tem () 1 () 2 () 3 ou mais</p> <p>71. Recebe conta de água? () sim () não</p> <p>72. Recebe conta de luz? () sim () não</p> <p>73. Acesso a serviços públicos de esgoto? () sim () não</p> <p>74. Há quanto tempo residem neste local? () zero () mais de 1 ano () não sabe</p> <p>75. Paga IPTU? () sim () não</p> <p>76. Algum membro da família participa de alguma atividade religiosa (missa, cultos)? () sim () não</p>	<p>3- Tarefas de Apoio.</p> <p>A classificação depende diretamente da atividade exercida pelo indivíduo; Como os exemplos a seguir:</p> <p>1- Um empresário, microempreendedor ou Gerente de empresa, pode ser classificado com qualificador 21 ou 22;</p> <p>2- Um indivíduo desempregado ou que trabalha no farol vendendo produtos eletrônicos (ocupação mal definida) pode ser classificado com qualificador 1;</p> <p>3- Indivíduos que desenvolvem Tarefas de execução são todos aqueles que realizam a atividade propriamente dita, como: o professor na escola, o enfermeiro no hospital, ambulatorio ou UBS, o motorista na empresa de ônibus, o atendente de loja no comércio, o garçom na lanchonete, a diarista na casa de família, empacotador no mercado, o caixa no mercado, etc. E estas atividades devem ser classificadas e analisadas de acordo com a formação para desenvolver tal atividade:</p>	<p>- Número de Cômodos para dormir;</p> <p>- Propriedade da residência;</p> <p>- Paga IPTU;</p> <p>-Atividade de lazer: cultos.</p> <p>A tese de Trapé (2011), nas páginas 126 e 127, apresenta os quadros das variáveis com seus respectivos valores de qualificação.</p> <p>No quadro 16 (página 126), são apresentadas as variáveis de dimensão de produção. O pesquisador deve classificar o curso preparatório e a condição de ocupação com seus respectivos valores qualificadores. Para classificar cada ocupação, é necessário realizar uma análise de cada descrição de ocupação, conforme exemplo na coluna anterior.</p> <p>Para qualificar as variáveis de consumo, as respostas devem</p>	
--	---	---	--	--

Nádia Proença de Melo

	<p>77. A família tem algum tipo de atividade de lazer? () sim () não. Qual? _____</p>	<p>Qualificadas - quando exige um curso preparatório; Semiquualificadas - aquelas que exigem apenas capacitação por meio de treinamentos; - Não qualificadas sem cursos e capacitações. Dessa forma, para obter os qualificadores, é necessário considerar o do tipo de vínculo (autônomo ou com e sem carteira assinada, ou trabalhador familiar), o tipo de tarefa de execução e sua classificação como qualificada, semi ou não qualificada.</p> <p>4- Indivíduos que desenvolvem Tarefas de Apoio são aqueles que atuam no apoio dos serviços, como por exemplo: o enfermeiro na escola, o bombeiro no Hospital, o Cozinheiro na Universidade, a equipe de limpeza de estabelecimentos comerciais e outros, a equipe de segurança de estabelecimentos comerciais, empresariais, etc. Para obter os qualificadores, é necessário considerar o do tipo de vínculo (autônomo ou com e sem carteira assinada, ou trabalhador familiar), o tipo de tarefa de apoio de acordo com</p>	<p>seguir exatamente ao encontrado nas entrevistas, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casa própria regular ou irregular: 3; <p>As demais são respostas binárias e o SIM ou Não correspondem ao valor qualificador já proposto.</p> <p>Cada variável (dimensão e consumo) terá um número correspondente e estes números deverão ser alimentados no Banco de Dados do programa Excel oferecido por Trapé (2011).</p> <p>Após o preenchimento de todas as variáveis, o sistema fornecerá um Grupo social entre 1 a 4.</p> <p>Consideraremos os grupos 1 e 2 como Condição econômica favorável,</p>	
--	---	---	---	--

Nádia Proença de Melo

		o serviço: não-operacional, escritório e gerais.	favoráveis e os grupos 3 e 4 como Condição econômica desfavorável.	
<ul style="list-style-type: none"> Contexto social adequado; Condição Social. 	<p>Você considera o contexto social que a <criança> vive, isto é, bairro, lugares que frequentam, adequados ao desenvolvimento da criança?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o cuidador sobre a localização da residência e registrar se os locais são considerados como adequados para a criança e registrar a opção correspondente.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p> <p>A variável estará presente nas respostas positivas.</p>	(Souza, 2014).
<ul style="list-style-type: none"> Apoio de profissional de saúde; Falta de apoio do profissional de saúde. 	<p>Você se sente apoiada pelos profissionais de saúde no cuidado da criança?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o cuidador sobre o apoio do profissional com a criança e registrar a opção correspondente.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p>	O acompanhamento do profissional médico e psicólogo, bem como as avaliações dos recém-nascidos, orientações aos pais são promotores do desenvolvimento infantil (Souza, 2014).
<ul style="list-style-type: none"> Ter apoio dos cuidadores para vivenciar situações de estresses; Vivenciar situações estressantes sem ter o apoio de um cuidador. 	<p>Você considera que a <criança> tem apoio em momentos de dificuldades como internações, doenças, mudanças na rotina?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o cuidador sobre situações de estresse vivenciadas pela criança e promover espaço para que ele coloque as situações e as estratégias adotadas para apoiar a criança e registrar a opção correspondente.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p>	O apoio dos pais e o vínculo estabelecido com a criança promovem o desenvolvimento em todos os domínios (Souza, 2014).

Nádia Proença de Melo

<ul style="list-style-type: none"> Exposição a violência doméstica. 	<p>A <criança> presencia violência (brigas, discussões) dentro de casa?</p> <p>() sempre () frequentemente () raramente () nunca</p>	<p>Questionar o cuidador sobre as relações estabelecidas em casa. Em seguida, abordar as situações de brigas e discussões e verificar se a criança está presente e vivenciando tais situações. Logo após a abordagem, escolher a opção correspondente.</p>	<p>Serão consideradas como SIM as respostas sempre ou frequentemente;</p> <p>Serão consideradas como NÃO as respostas raramente ou nunca.</p>	<p>Há prejuízos ao desenvolvimento infantil na área social da criança, devido a situações de violência doméstica, como maus tratos, negligência e violência parental. (Souza, 2014).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Institucionalização. 	<p>A criança já esteve em alguma instituição (abrigo, orfanato)?</p> <p>() sim () não</p>	<p>Questionar o cuidador se a criança já residiu em instituições de caridade, abrigos ou lares.</p>	<p>Serão consideradas a resposta SIM como a característica presente, e a resposta NÃO, a ausente.</p>	<p>A permanência da criança em instituições como orfanatos e hospitalizações em UTI, após o nascimento, a convivência com muitos irmãos e a adoção podem prejudicar o desenvolvimento (Souza, 2014).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento cognitivo dos pais prejudicado. 	<p>O pai ou a mãe apresenta alguma dificuldade de aprendizagem?</p> <p>() sim () não</p>	<p>Questionar o cuidador sobre as dificuldades ou facilidades apresentadas no período de aprendizagem na escola.</p>	<p>Serão consideradas as respostas SIM como positivas, e as respostas NÃO como negativas.</p>	<p>O comprometimento cognitivo dos pais e a baixa escolaridade prejudicam o desenvolvimento (Souza, 2014).</p>

Nádia Proença de Melo

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança, Brasília. 2013.
- 2- Brasil, Ministério da Saúde. Blog da saúde, Brasília. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50353-mais-de-11-das-criancas-nascidas-no-brasil-sao-prematuras>
- 3- Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eichder V, Thompson N, Lackman JL, Swan JE. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2015;52(8):907-914.
- 4- Souza, JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA- I. [TESE]São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.
- 5- Melchior M, Hersi R, Waerder JD, Larroque B, Cubizolles MJS, Chollet A, Gálara C. Maternal tobacco smoking in pregnancy and children's sócio emotional development and at age 5: The EDEN mother-child birth cohort study. *European Psychiatry*. 2015, 30: 562-568.
- 6- Nash JM. Maternal Sensitivity in mother- infant interactions for infants with and without prenatal alcohol exposure.[tese] Washington: University of Washington,2013.
- 7- Hoffman K, Adgent, Goldman BD, Sjodin, A, Daniels JL. Lactation Exposure to Polybrominated diphenyl ethers and its relation social and emotion development among toddlers. *Children's Health*. 2012;120(10): 1438-1442.
- 8- Masson ZS, Briggs RD, Silver EJ. Maternal Attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social- emotional development, and parent stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011;9(4): 382-394.
- 9- Brasil, O Brasil e as ODM. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 05/05/2017.
- 10- Brazelton TB, Geespan ST. As necessidades essenciais da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre:Manole;2002.
- 11- Brasil, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos- Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª edição.
- 12- Laible D. Does it matter if preschool childrens and mother discuss positive vs negative events during reminiscing? Links with mother- reported attachment, Family emotional climate and socioemotional development. 2011;20(2):394-411.
- 13- Figueiras, AC; Souza, JCN; Rios, VG; Benguigui, Y. Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington; OPAS. 2005.
- 14- Souza, JM, Veríssimo, MLOR. Desenvolvimento infantil: análise de conceito. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2015. 23(06): 1097-104.
- 15- Trapé CA. Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I sobre desenvolvimento infantil: validação clínica.

Pesquisador: NADIA PROENÇA DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66618817.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.070.709

Apresentação do Projeto:

A validação de diagnósticos de enfermagem tem como objetivo aumentar a validade do diagnóstico, e, no caso dos diagnósticos em foco. É proposto um estudo de validação clínica, transversal, de abordagem quantitativa não experimental que busca aprimorar a obtenção, organização, a confiabilidade e a validade de ferramentas de levantamento de dados. A coleta de dados será realizada no Hospital Infantil Darcy Vargas, localizado no município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo. Participarão da pesquisa crianças do nascimento até 03 anos de vida que estejam em acompanhamento no ambulatório deste serviço. No documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_889774" consta que serão incluídas 216 participantes na pesquisa, pois serão coletados dados da gestação e do desenvolvimento da criança, obtidos por meio de entrevista que utilizará o instrumento a ser validado.

Critério de Inclusão: Participarão da pesquisa a mãe/responsável de crianças do nascimento até 03 anos de vida, que estejam em acompanhamento no local da pesquisa.

Critério de Exclusão: Crianças que apresentem quadro clínico instável ou de gravidade, que impossibilite a avaliação do crescimento e do desenvolvimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.709

O objetivo geral deste estudo é realizar a validação clínica dos diagnósticos de enfermagem "Atraso no desenvolvimento infantil"; "Risco de atraso no desenvolvimento infantil" e "Disposição para desenvolvimento infantil melhorado".

Objetivo Secundário:

- Verificar, na prática clínica de enfermagem, a ocorrência das variáveis propostas como características definidoras para atribuição do diagnóstico de enfermagem "Atraso no desenvolvimento infantil";
- Verificar, na prática clínica de enfermagem, a ocorrência de variáveis propostas como características definidoras para atribuição do diagnóstico de enfermagem "Disposição para desenvolvimento infantil melhorado";
- Verificar a ocorrência dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem "Atraso no desenvolvimento infantil";
- Verificar a ocorrência dos fatores de risco do diagnóstico de "Risco de Atraso no desenvolvimento infantil".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Prevê-se apenas como desconforto o dispêndio do tempo destinado à entrevista, que será minimizado procurando-se coletar os dados durante a espera pelo atendimento, bem como pela oferta de atividades de distração para as crianças. Para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da crianças, serão efetivadas ações adequadas para atenção emocional.

Benefícios:

Como benefício direto da pesquisa para os participantes, considera-se a possibilidade de terem uma avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças por uma enfermeira capacitada. Adicionalmente, a participação possibilitará a eles contribuir para o aprimoramento do processo de avaliação das crianças pelos enfermeiros, auxiliando no acompanhamento e identificação precoce de possíveis alterações do desenvolvimento. Com isso, o enfermeiro terá mais recursos para realizar ações que favoreçam o desenvolvimento adequado para cada criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é bem apresentado e tem potencial de contribuir para a área do conhecimento. O roteiro de coleta de dados é composto por questões que envolvem dados da História do parto e nascimento da criança, dados antropométricos das crianças nos primeiros meses de vida bem como informações de saúde materna.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Nádia Proença de Melo

Continuação do Parecer: 2.070.709

O termo de consentimento livre e esclarecido é bem redigido, contempla aspectos necessários, e foi incluído o tempo de duração da entrevista.

O consentimento pós-informado foi excluído e mantido campo para identificação do nome da mãe ou responsável legal.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_889774.pdf	02/05/2017 16:07:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_oficial_Nadia.pdf	02/05/2017 16:06:04	NADIA PROENCA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Nadia_novo_02.docx	02/05/2017 16:05:11	NADIA PROENCA DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Nadia_word_maio.doc	02/05/2017 16:04:47	NADIA PROENCA DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	nadia_folhaR.pdf	03/04/2017 11:47:02	NADIA PROENCA DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Nádia Proença de Melo

Continuação do Parecer: 2.070.709

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFG **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Validação clínica de diagnósticos de enfermagem da NANDA- I sobre desenvolvimento infantil.

Pesquisador: Juliana Martins de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51892415.5.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.939.608

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Validação clínica dos diagnósticos da NANDA-I sobre desenvolvimento infantil" é importante para melhorar a avaliação desenvolvimento infantil pelo enfermeiro, auxiliando no acompanhamento e identificação precoce de possíveis alterações do desenvolvimento. Com isso, o enfermeiro terá mais recursos para realizar ações que favoreçam o desenvolvimento adequado para cada criança.

As características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco estão presentes na avaliação da criança durante a consulta de enfermagem, portanto os diagnósticos podem subsidiar o enfermeiro na SAE à criança e subsidiar o plano de cuidado referente a promoção, prevenção e recuperação do desenvolvimento infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a validação clínica dos diagnósticos de enfermagem "Atraso no desenvolvimento infantil"; "Risco de atraso no desenvolvimento infantil" e "Disposição para desenvolvimento infantil melhorado".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Durante a coleta de dados a família poderá lembrar de situações relacionadas ao cuidado familiar que a deixe constrangida ou que remetam a lembranças de situações

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.939.608

difíceis. O pesquisador acolherá esta família e evitará qualquer constrangimento e providenciará encaminhamentos no próprio serviço se necessário.

Se, durante a consulta com a criança houver observação de algum agravo de saúde, a coleta será interrompida, para priorizar o atendimento de saúde da criança. Se possível, a coleta será efetivada em consulta posterior, conforme o calendário de consultas adotado no serviço e sempre num momento em que a criança esteja em bom estado de saúde. Se necessário, serão realizadas entrevistas adicionais às famílias para complementar as informações, assim como visitas domiciliares.

BENEFÍCIOS: A família poderá ter uma avaliação completa do desenvolvimento da criança e será orientada como promover o seu desenvolvimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados será no prontuário e durante a consulta de enfermagem à crianças menores de 03 anos na atenção primária dos municípios de Catalão (GO), São Paulo (SP) e Alfenas (MG). Será realizada análise estatística para verificar a incidência das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco para os diagnósticos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TALE: Considerando que o sujeito da pesquisa são crianças menores de 3 anos não é possível a aplicação do termo de assentimento pela criança, no entanto serão utilizadas estratégias para assegurar o direito da criança. Estas estratégias estão relacionada a abordagem da criança durante o exame físico e avaliação de desenvolvimento. A criança será informada sobre os procedimentos, será assegurada a presença do cuidador em todos os momentos, serão utilizados brinquedos para interação com a criança e distração; a coleta de dados será interrompida se a criança apresentar-se chorosa, irritada com a situação.

TCLE, TC e termos de anuência contemplam a resolução do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda solicita a inclusão de duas novas instituições de ensino, bem como apreciação das modificações realizadas com adequação do método detalhando-se a coleta e a análise dos dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera a presente EMENDA APROVADA, foi considerada em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

Nádia Proença de Melo

Continuação do Parecer: 1.939.608

publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para ----- .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_838815 E1.pdf	06/01/2017 09:20:22		Aceito
Outros	Termo_anuencia_alfenas.pdf	06/01/2017 08:51:55	Juliana Martins de Souza	Aceito
Outros	Termo_anuencia_SP.pdf	06/01/2017 08:50:52	Juliana Martins de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_SP.pdf	06/01/2017 08:47:13	Juliana Martins de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_catalao.pdf	06/01/2017 08:46:27	Juliana Martins de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_alfenas.pdf	06/01/2017 08:45:24	Juliana Martins de Souza	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/01/2017 08:40:35	Juliana Martins de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/01/2017 08:38:16	Juliana Martins de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/01/2017 08:36:32	Juliana Martins de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_anuencia.jpg	26/02/2016 13:32:24	João Batista de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	14/12/2015 16:14:42	Juliana Martins de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

Nádia Proença de Melo

Continuação do Parecer: 1.939.608

GOIANIA, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE USO DO “INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE REPRODUÇÃO SOCIAL”

São Paulo, 11 de maio de 2017.

Carta de Autorização

Eu, Carla Andréa Trapé, autora do **“Instrumento para avaliação do índice de Reprodução Social”** elaborado na Tese intitulada “Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da teoria de reprodução social” (Trapé, 2011), autorizo a enfermeira Nádia Proença de Melo, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo, nível mestrado e sob a orientação da Prof^o Dr^o Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, a utilizá-lo em sua pesquisa intitulada “Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I sobre desenvolvimento infantil: validação clínica”.

Dr^o Carla Andréa Trapé.