UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SORAIA MATILDE MARQUES BUCHHORN

**Construção de um catálogo CIPE® (Classificação
Internacional para a Prática de Enfermagem) para o
acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3
anos de idade**

São Paulo

2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SORAIA MATILDE MARQUES BUCHHORN

**Construção de um catálogo CIPE® (Classificação
Internacional para a Prática de Enfermagem) para o
acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3
anos de idade
(Versão corrigida. Versão original disponível na Escola de
Enfermagem da USP-SP)**

**Tese apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de
Doutor em Ciências do Programa de
Pós Graduação em Enfermagem -
Área de concentração cuidado em
saúde da Universidade de São Paulo.**

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

São Paulo
2014

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Buchhorn, Soraia Matilde Marques
Construção de um catálogo CIPE® (Classificação
Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento
do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade /

Soraia Matilde Marques Buchhorn. -- São Paulo, 2014.
243 p.

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem pediátrica 2. Diagnóstico de enfermagem
3. Estudos de validação 4. Desenvolvimento Infantil I. Título.

Nome: Soraia Matilde Marques Buchhorn

Título: Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Área de concentração cuidado em saúde da Universidade de São Paulo.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Aos que se dedicam à difícil tarefa de fazer a interface
entre o cuidado e a ciência na defesa dos direitos de nossas
crianças.*

Agradecimentos

A Deus, pela presença constante em minha vida. E pela oportunidade de concluir mais esta etapa de minha vida.

A minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, pelos muitos ensinamentos, que ultrapassam a relação professor- aluno. Pela paciência e, sobretudo, pela confiança em minha capacidade de trabalho até mesmo quando eu tinha dúvidas. Minha terna e eterna admiração e gratidão.

A minha querida família, que sempre esteve a meu lado de forma incondicional e afetuosa.

A meu amado marido, pela presteza em ajudar-me nas mais diversas tarefas do doutorado, pela dedicação, compreensão e amor de todos os dias.

A minha querida amiga Ana Kelley por sua amizade verdadeira, valiosa e singular em todos esses anos.

As minhas queridas e inesquecíveis amigas Cíntia, Márcia e Juliana Tomé, pelo incentivo e apoio de sempre.

A minha querida cunhada Elaine, pelo carinho, amizade e incentivo.

A meus queridos colegas do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil: Prof.^a Cecília, Prof.^a Áurea, Juliana, Dani, Rayla, Daniel e Vanessa, por toda colaboração e amizade. E também pela oportunidade de trabalhar com pessoas que, de forma sempre generosa e construtiva, compartilham seu conhecimento.

Às Professoras Dr^a. Márcia Regina Cubas; Dr^a. Cecília Helena de Siqueira Sigaud, Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos professores e funcionários da EEUSP, pela acolhida e ensinamentos. Especialmente, aos funcionários do ENP, Marcello, Betânia, Cláudia, Priscila e Márcia.

Aos colegas de doutorado da EEUSP: Rita, Karla, Cassimiro e Rafaela, pela amizade e convívio.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro do projeto.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Buchhorn SMM. Construção de um catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade. 242 f. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, realizado na atenção básica, é um dos pilares da assistência à saúde da criança. O estudo teve como objetivo a construção do catálogo CIPE® para o acompanhamento e promoção do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos de idade. **Objetivos:** Elaborar uma proposta de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, de acordo com o modelo CIPE®, para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade e validar as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções propostas para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade. **Método:** Estudo metodológico que seguiu as etapas para a elaboração dos catálogos CIPE® preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros. Os diagnósticos foram organizados conforme as áreas de desenvolvimento: motora, linguagem, pessoal-social e adaptativa, além dos diagnósticos gerais relativos ao papel do cuidador. Contemplaram situações de normalidade, riscos e déficits mais comuns. Participaram 51 peritos na fase de validação dos diagnósticos e 34 na fase de validação das intervenções. A coleta de dados, mediante aplicação de questionário virtual, teve questões de concordância simples para os diagnósticos/intervenções e, na validação das intervenções, usou-se o modelo clássico de Fehring. As discordâncias e sugestões foram revisadas durante coleta de dados com a técnica grupo nominal. Realizou-se análise descritiva dos dados. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e com apoio financeiro da FAPESP (Processo 2011/51012-3). **Resultados:** Os peritos que mais utilizam as classificações em suas práticas são os atuantes nas áreas de pesquisa e ensino. Não houve diferença quanto à instituição de formação e experiência no uso da classificação; foram validados 17 diagnósticos/resultados, com suas respectivas intervenções de enfermagem. Dentre os peritos 96,1%

consideraram os diagnósticos propostos necessários, adequados e suficientes para subsidiar a avaliação da criança menor de três anos de idade, empregando o instrumento de vigilância do desenvolvimento do Ministério da Saúde, durante os atendimentos do(a) enfermeiro(a) na rede básica de saúde. As intervenções propostas foram validadas e classificadas em prioritárias e secundárias. Os peritos consideraram importantes as intervenções que englobam aspectos da interação da criança com seu meio ambiente e também as que privilegiam as relações sustentadoras do desenvolvimento infantil. Contudo, priorizaram intervenções mais prescritivas para os diagnósticos de risco e de déficit. **Conclusão:** a construção de um catálogo para o acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos de idade foi viável e visou a atender a uma necessidade prática da enfermagem como uma ferramenta objetiva e útil. Propõe auxiliar na construção de prontuários eletrônicos, sistematização de registros e recuperação das informações.

Palavras-Chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Desenvolvimento Infantil; Enfermagem Pediátrica.

Buchhorn SMM. Construction of an ICPN ® catalog for monitoring the development of children aged from 0 to 3 years. 242 f. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: The surveillance of child growth and development, conducted in primary care, is a pillar of child health care. This was a methodological study which aimed the construction of an ICPN® catalog for monitoring and foster the development of children ages 0-3 years.

Aims: to identify, in accordance to ICPN® terms, those related to nursing practice in monitoring the development of children ages 0-3 years old for making nursing diagnoses, outcomes and interventions; to organize the landmarks of the instrument for development surveillance of child health booklet from the Ministry of Health according to areas, for making nursing diagnoses, outcomes and interventions; to establish the nursing diagnosis, outcomes and interventions; to develop a proposal for diagnostic terms, nursing outcomes and interventions, according to ICPN® model, for monitoring the development of children ages 0-3 years old; to validate the assertions regarding diagnoses, outcomes and interventions which were proposed for monitoring the development of children ages 0-3 years old.

Method: The methodological procedures, preconized by Nursing International Council, were performed for ICPN® catalog construction. The diagnoses were organized according to the following development areas: motor, language, personal-social and adaptive, as well as general diagnostics and those related to role of caregiver. We achieved the most common situations of normality, risks and deficits. 51 experts participated in the phase of diagnosis validation and 34 during the intervention validation one; we performed a descriptive analysis of data. This project was approved by Research Ethical Committee of the USP Nursing School and financially supported by FAPESP (process 2011/51012-3). **Results:** The classification is most used by experts who work in teaching and research fields during their practices. There was no difference regarding to training institution and to experience in the use of classification. 17 diagnosis/outcomes were

validated with their respective nursing interventions. Most of population (96,1%) defined the diagnoses proposed as necessary, adequate and sufficient to support the evaluation of child under 3 years old through the instrument for development surveillance from the Ministry of Health, during the service(s) provided by nurse(s) in primary care. The interventions proposed were validated and classified as priority and secondary. The experts considered the interventions involving aspects of the interaction between child and her or his environment, as well as those which favor relationships that support the child development as important. **Conclusion:** the construction of a catalog for monitoring the development of children ages 0-3 years old is viable and aims to achieve the practical needs of nursing as a useful and objective tool. We propose to assist in the construction of electronic medical records, in the systematization of records and in the retrieval of information.

Keywords: Nursing; Nursing Diagnosis; Validation Studies; Child Development; Pediatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Figura esquemática dos sistemas contextuais de Bronfenbrenner.	50
Figura 2 -	Esquema da sequência de etapas e procedimentos realizados.	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -	Os marcos do DI identificados conforme o instrumento de vigilância do DI da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde 8º ed.2013.....	62
Quadro 6.1 -	Quadro com a avaliação dos peritos para a reformulação das afirmativas.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1 -	Distribuição dos peritos, conforme área de atuação. São Paulo, 2013.....	79
Tabela 6.2 -	Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área da assistência. São Paulo, 2013.	79
Tabela 6.3 -	Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área da pesquisa. São Paulo, 2013.	79
Tabela 6.4 -	Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área do ensino. São Paulo, 2013.....	80
Tabela 6.5 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tempo de formação. São Paulo, 2013.....	80
Tabela 6.6 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tipo de instituição de formação. São Paulo, 2013.....	81
Tabela 6.7 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados gerais da Primeira Fase. São Paulo, 2013.....	83
Tabela 6.8 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Motora. São Paulo, 2013.....	83
Tabela 6.9 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área da Linguagem. São Paulo, 2013.....	83
Tabela 6.10 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Adaptativa. São Paulo, 2013.	84
Tabela 6.11 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Pessoal–Social. São Paulo, 2013.....	84
Tabela 6.12 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à área de atuação. São Paulo, 2013.	89
Tabela 6.13 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área da assistência. São Paulo, 2013.....	90
Tabela 6.14 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área da pesquisa. São Paulo, 2013.	90

Tabela 6.15 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área do ensino. São Paulo, 2013.	90
Tabela 6.16 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tempo de formação. São Paulo, 2013.....	91
Tabela 6.17 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tipo de instituição de formação. São Paulo, 2013.....	91
Tabela 6.18 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental. São Paulo, 2013.....	92
Tabela 6.19 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Atenção do cuidador com o desenvolvimento infantil. São Paulo, 2013.....	93
Tabela 6.20 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Desenvolvimento infantil eficaz. São Paulo, 2013.	94
Tabela 6.21 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para desenvolvimento infantil prejudicado. São Paulo, 2013.....	95
Tabela 6.22 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Desenvolvimento infantil prejudicado. São Paulo, 2013... ..	96
Tabela 6.23 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Atividade psicomotora eficaz. São Paulo, 2013.....	97
Tabela 6.24 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para atividade psicomotora prejudicada. São Paulo, 2013.....	98
Tabela 6.25 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Atividade psicomotora prejudicada. São Paulo, 2013.	99
Tabela 6.26 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Habilidade eficaz para comunicar-se. São Paulo, 2013.....	100
Tabela 6.27 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para comunicação prejudicada. São Paulo, 2013.....	101

Tabela 6.28 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Comunicação prejudicada. São Paulo, 2013.....	102
Tabela 6.29 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Aprendizagem cognitiva eficaz. São Paulo, 2013.....	103
Tabela 6.30 -	Tabela 6.30: Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada. São Paulo, 2013.....	104
Tabela 6.31 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Aprendizagem cognitiva prejudicada. São Paulo, 2013.....	105
Tabela 6.32 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Habilidade pessoal-social eficaz. São Paulo, 2013.....	106
Tabela 6.33 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para habilidade pessoal-social prejudicada. São Paulo, 2013.....	107
Tabela 6.34 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Habilidade pessoal-social prejudicada. São Paulo, 2013.....	108

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEN	European Committee for Standardization
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIPE	Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DI	Desenvolvimento Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	International Standard Organization
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
SNOMED®	Systematized Nomenclature of Medicine
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGN	Técnica de Grupo Nominal
UBS	Unidade Básica de Saúde
VCD	Validação do Conteúdo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	31
2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	31
2.2 VIGILÂNCIA DO DI	37
2.3 A VIGILÂNCIA DO DI COMO CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA	40
2.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E OS CATÁLOGOS CIPE®	44
3 REFERENCIAL TEÓRICO	49
4 OBJETIVOS	55
4.1 OBJETIVO GERAL	55
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	55
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
5.1 A VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	65
5.2 SUJEITOS PARTICIPANTES	67
5.3 COLETA DE DADOS	69
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	69
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	70
5.5.1 Fase I da coleta de dados.....	71
5.5.2 Fase II de coleta de dados	74
5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	76
5.7 APOIO FINANCEIRO	76
6 RESULTADOS.....	78
7 DISCUSSÃO	118
7.1 A RESPEITO DAS VALIDAÇÕES DOS DIAGNÓS- TICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES	120
7.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	126
7.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	126
7.4 RECOMENDAÇÕES	126
8 CONCLUSÃO	128
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES.....	141
ANEXOS	227

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória profissional, pude perceber que existem lacunas nas ações de acompanhamento da saúde da criança, especialmente no que se refere ao desenvolvimento infantil. Nas últimas décadas, vários programas governamentais foram elaborados com o intuito de garantir a execução da vigilância em saúde da criança na rede básica de saúde, porém o que se vê na grande maioria dos serviços é uma avaliação simples do crescimento, com mensuração do peso e da estatura, e pouca ênfase no acompanhamento do desenvolvimento.

Na enfermagem, pude observar que o acompanhamento do desenvolvimento infantil executado nas consultas realizadas pelo enfermeiro vem sendo aprimorado ao longo dos anos por meio de instrumentos de avaliação e melhoria da formação do profissional, no que se refere ao desenvolvimento infantil, embora ainda haja fragilidade no ensino e uso desses instrumentos de avaliação. A criação e o aprimoramento de instrumentos existentes que respaldem o fazer do enfermeiro são bem-vindos, visto que podem otimizar o trabalho desse profissional, em especial, na consulta de enfermagem.

Acompanhar o desenvolvimento infantil é contribuir na efetivação do direito da criança atingir seu máximo potencial humano. Tal direito está resguardado por legislações nacionais e internacionais que trazem diretrizes claras para sua efetivação.

Ao longo deste texto, há estudos discutidos que relatam a importância desse acompanhamento, uma vez que crianças bem desenvolvidas sob o ponto de vista biopsicossocial têm maiores chances de se tornarem adultos mais saudáveis, emocionalmente equilibrados e socioeconomicamente mais ativos.

Assim, o despertar para o tema nasce da necessidade de aprimorar o atendimento de enfermagem à criança de 0 a 3 anos de idade na atenção primária de saúde, em especial, no acompanhamento do desenvolvimento infantil. A utilização de uma padronização do entendimento do registro dos

diagnósticos, resultados, intervenções e também sua avaliação seria um caminho mais seguro e eficiente no atendimento à criança na primeira infância na faixa etária supracitada.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento do desenvolvimento infantil (DI) é necessário na efetivação da atenção integral à saúde da criança e deve ser realizado prioritariamente na atenção primária (Santos, Quintão, Almeida, 2010). É uma das ações de promoção da saúde que se inicia no nascimento e perdura durante toda a infância e adolescência. Considerando que os maiores riscos de danos ao desenvolvimento concentram-se nos primeiros anos de vida, bem como o impacto das ações de recuperação e estimulação são maiores nesse período, as ações de acompanhamento vêm sendo preconizadas até os 5 anos de idade (Brasil, 2001).

De acordo com o censo 2012, no Brasil, há cerca de 11.282.319 crianças na faixa etária de 1 a 4 anos de idade e 2.762.274 menores de um ano, crianças que são ou deveriam ser acompanhadas no que se refere ao DI (DATASUS, 2013). O acompanhamento ou vigilância em saúde infantil é fundamental na prevenção de agravos e identificação de situações de risco; além de possibilitar a atuação de forma precoce com ações de promoção de saúde e apoio nas intercorrências que podem afetar o crescimento e o desenvolvimento da criança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) pontua que, em tempos de paz, cerca de 10% das crianças nascem ou adquirem impedimentos físicos, mentais ou sensoriais que irão interferir significativamente em seu desenvolvimento (Miranda, Ressegue, Figueiras, 2003). Em nosso País, acredita-se que 14,5% da população apresentem algum tipo de deficiência (Miranda, Ressegue, Figueiras, 2003). O censo 2010 mostra que esse número subiu para 23,9% da população, porém estes dados estão sendo questionados visto que o tipo de pergunta foi modificado em relação ao censo de 2000, o que pode justificar tamanho aumento (IBGE, 2010).

Mesmo considerando os dados anteriores, é possível visualizar a magnitude da questão; conforme o Ministério da Saúde (MS) só 2% desses indivíduos recebem algum tipo de assistência, o que evidencia o inexpressivo avanço do País nesse setor (Miranda, Ressegue, Figueiras, 2003). Há uma prevalência muito maior de crianças e adolescentes com

alguma deficiência do que de qualquer outra patologia, o que torna imprescindível a vigilância e a assistência nessas situações (Miranda, Ressegue, Figueiras, 2003). A vigilância do desenvolvimento infantil (DI) integra a atenção à saúde da criança, compreendendo a promoção do desenvolvimento normal e a detecção de desvios de forma precoce (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010).

Portanto, a equipe de saúde deve estar pronta para realizar a identificação das crianças em risco, a busca ativa de crianças faltosas no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a detecção precoce de alterações (Brasil, 2005a). Sabe-se que os primeiros anos de vida são particularmente, importantes pois é uma fase de grande desenvolvimento em todas as funções do ser humano. O diagnóstico precoce e a intervenção efetiva antes dos cinco anos de idade são decisivos para ao bom prognóstico de desenvolvimento das crianças, visto que, nesse período, há grande atividade cerebral, desenvolvem-se funções específicas em vários domínios e a aquisição de habilidades para atividades mais complexas. A neuroplasticidade (capacidade do sistema nervoso modificar-se pela experiência ou lesão), nesse período, é também responsável por melhores possibilidades de bons prognósticos se a intervenção ocorrer de modo precoce (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010).

A necessidade do acompanhamento do DI está fundamentada em vários estudos na área da neurociências que vêm mostrando que os primeiros anos de vida são decisivos na formação da pessoa, tanto nos aspectos físicos como psíquicos, têm grande influência em suas capacidades, inteligência, em suas habilidades sociais e motoras, influenciando também na sociabilização da criança e do adulto futuro (Mustard, 2010). Assim, a primeira infância é hoje alvo de ações prioritárias nacionais e internacionais.

Nas últimas décadas vários estudos resultaram em evidências que sinalizam a efetividade dos investimentos na primeira infância. A boa qualidade dos programas tem grande impacto na sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e na aprendizagem da criança. São programas que visam a garantir ou mesmo propiciar melhores condições de saúde,

nutrição, higiene e espaços para a aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento cognitivo e psicossocial das crianças (Plano Nacional da Primeira Infância, 2010).

O acompanhamento do desenvolvimento inclui avaliações do DI que podem ajudar a identificar anormalidades e riscos aos quais as crianças podem estar submetidas. Evidentemente, tais avaliações devem ser criteriosas e sobretudo, compartilhadas com as famílias das crianças. Isso porque a avaliação do DI é um processo complexo, que deve ser sistemático, específico e direcionado, de acordo com a inter-relação do indivíduo com o contexto onde ele vive.

As avaliações devem ser realizadas por profissionais, mas, as observações dos pais durante ao atendimento devem ser consideradas. Há ainda estudos que afirmam que a opinião dos pais em relação ao DI de seus filhos apresentou uma sensibilidade em torno 80% no diagnóstico de alterações (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010). Esses estudos pontuam a grande capacidade dos pais para identificarem atrasos e demais alterações com precisão, sobretudo os referentes à linguagem e comportamento de seus filhos (Sigolo, Aiello, 2011).

Apesar da importância, verifica-se que muitas crianças com atraso de desenvolvimento ainda são encaminhadas tardiamente aos serviços de saúde especializados (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010). Um dos fatores que leva a tal situação é que a avaliação do DI é menos eficiente quando se utiliza somente a avaliação clínica, com observação assistemática, o que é muito corrente na prática. A avaliação clínica realizada pelos profissionais, embora esteja balizada nos conceitos fundamentais da anamnese, do exame físico e da entrevista com a família, é muito dependente da formação do profissional, de sua atualização profissional e, sobretudo, de como os utiliza em sua prática. Daí, a necessidade de instrumentos e estratégias padronizados para a avaliação do DI.

Cabe aos profissionais praticar a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificando e encaminhando oportunamente aquelas com necessidades especiais (Sigolo, Aiello, 2011). Isso aponta para a busca necessidade de ampliação das competências dos profissionais de saúde,

sobretudo os responsáveis diretos por tal acompanhamento, como é o caso de médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por todo país. Dado que a vigilância sistematizada ainda é uma atividade principiante, é preciso utilizar estratégias que sensibilizem os profissionais quanto à estimulação precoce, orientações emancipatórias e a identificação de atrasos ou anormalidades do DI (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010). Para tanto, é necessário instrumentalizá-los quanto aos conhecimentos básicos para a avaliação do DI e às condutas pertinentes (Santos, Quintão, Almeida, 2010).

De forma geral, as competências necessárias ao profissional estão divididas em três áreas: técnica, cognitiva e comunicacional (Erdmann, Souza, 2009). A competência cognitiva envolve a capacidade de identificar as necessidades da criança, analisar e interpretar as informações recolhidas, planejar atividades e avaliar. A técnica diz respeito à capacidade de realizar procedimentos corretamente e a destreza manual. A comunicacional implica saber ouvir, utilizar adequadamente os recursos comunicacionais, transmitir informações corretas e pertinentes e estabelecer relações com outros segmentos da sociedade.

Somado ao fato de que, no Brasil, a atividade de vigilância do DI é incipiente, de forma geral, as ações específicas dos enfermeiros na atenção primária à saúde no País são ainda pouco estruturadas, dentre outros fatores, pela carência do uso de instrumentos para guiar a assistência (Pina, Mello, Lunardelo, 2006). Na estratégia saúde da família, hoje instituída no país como modelo assistencial orientador da atenção primária, houve grande incremento de profissionais enfermeiros e na atuação desses profissionais em consulta de enfermagem. Portanto, na perspectiva de melhoria desse atendimento de enfermagem, faz-se útil a construção e a utilização de ferramentas que auxiliarem o profissional na realização de uma assistência de qualidade, com otimização de recursos e, sobretudo, atrelada às necessidades das crianças.

O uso de estratégias e ferramentas para a melhoria da qualidade da assistência em saúde vem sendo ampliado e legitimado por meios científicos e técnicos operacionais nos últimos anos. Na saúde infantil, o emprego de

algoritmos, protocolos, escalas e demais instrumentos de avaliação e assistência vêm ganhando espaço entre os profissionais e gestores, pois ampliam a efetividade e a eficiência das ações direcionadas ao atendimento à população infantil.

No caso da enfermagem, deve-se considerar o processo de enfermagem como um meio que organiza e fundamenta as ações e, portanto, constitui o no pilar que orienta o uso dos demais instrumentos da assistência.

As classificações de enfermagem podem ser consideradas tecnologias inseridas no processo de trabalho da enfermagem, por se tratarem de instrumentos emprego prático e diário do enfermeiro; pode-se dizer que são inovações tecnológicas, pois agregam novas funcionalidades e características no atendimento de enfermagem (Cubas, 2009).

Martinho (2005) define tecnologia em saúde como todo produto, método ou técnica, elaborado e utilizado para solucionar problemas de saúde, atendendo aos quesitos de simplicidade e baixo custo, além de fácil aplicabilidade e impacto comprovado. Considera-se de importância fundamental o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia para descrever e documentar a prática da enfermagem, uma vez que contribuem para testar os conhecimentos específicos da enfermagem e, então, consolidá-los como científicos.

Dentre os diversos recursos das classificações, o catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é uma ferramenta útil para a melhoria da assistência de enfermagem. O catálogo CIPE® é um conjunto de termos utilizados em uma determinada área da enfermagem; são termos específicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Visa a atender à demanda de áreas específicas da enfermagem e suas necessidades locais (Bjugan, 2013). Tal padronização não substitui a acurácia e o julgamento clínico dos enfermeiros, mas os auxilia no processo de atendimento e registro (Araújo, 2009). Os termos utilizados no catálogo originam-se da CIPE®.

A CIPE® é uma classificação que visa a uniformizar termos que são utilizados nos diagnósticos, ações e registros na enfermagem. Por ser uma

classificação internacional, permite comparar dados de enfermagem entre os diversos países e contextos de saúde. Apoia o fazer da enfermagem, permitindo seu melhor planejamento e implementação (Rosso, Silva, Scalabrin, 2009). Tal classificação integra a família das classificações internacionais reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que são a Classificação Internacional das Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (Cubas et al., 2010). A CIPE® encontra-se mais bem descrita no capítulo da revisão de literatura.

Diante do exposto, o presente estudo propôs-se a construir um catálogo CIPE®, ou subconjunto terminológico, a fim de facilitar aos enfermeiros a realização do acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 3 anos de idade.

Na prática diária do enfermeiro, durante a avaliação do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos de idade, o uso da CIPE® é um recurso que possibilita a avaliação do processo de seu trabalho no que se refere à vigilância do DI e possibilita também a avaliação dessa atividade no nível local ou em instâncias superiores da saúde, tais como: regionais e secretarias de saúde.

Diante do exposto, faz-se necessário o desenvolvimento de tecnologias para a implementação de um cuidado de enfermagem construído sob a ótica da promoção da saúde que valorize o cuidado infantil que articula as dimensões humanas, isto é, que considere o indivíduo do ponto de vista biopsicossocial, com vistas a proporcionar um atendimento em saúde adequado ao cuidado humano (Oliveira, Ribeiro, 2006). A enfermagem tem grande responsabilidade em sua assistência. Estudos sobre a validação de taxonomias auxiliam a padronização da linguagem em enfermagem, registros e também reduzem a variabilidade de seus cuidados na prática clínica, pois, determinam resultados esperados e propiciam uma continuidade do cuidado (Carrillo, Rubiano, 2007). Conceitos equivocados ou abstratos dificultam as decisões na prática e, por isso, tornam tão importante o processo de validação. Validar significa legitimar, tornar algo autêntico.

A justificativa para se construir um catálogo voltado ao acompanhamento do desenvolvimento está amparada na tentativa de otimizar a prática do enfermeiro na rede básica de saúde, visto que este é um dos responsáveis diretos pelo acompanhamento do desenvolvimento infantil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento infantil (DI) faz parte do desenvolvimento humano, sendo um processo vital que se inicia ainda no período gestacional e vai até a morte (Papalia, Olds, Feldman, 2009). Embora ocorra durante toda a vida, é mais evidente na infância, dada a intensidade das mudanças evidentes em curtos períodos de tempo. Por sua vez, o DI envolve maturação neurológica, crescimento físico, aquisições múltiplas de aprendizado e de funções e habilidades relacionadas ao comportamento cognitivo, social e afetivo, (Figueiras et al., 2003; Sigolo, Aiello, 2011).

A definição de DI pode variar em função do referencial teórico adotado e também dos aspectos que se queira abordar. Exemplificando, para o pediatra, a definição clássica de Marcondes et al (2005) diz que “desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas”; o neuropediatra enfoca a maturação do sistema nervoso central; o psicólogo, de acordo com sua formação e experiência, os aspectos cognitivos; o psicanalista, enfatiza as relações com os outros e a constituição do psiquismo; o modelo ecológico do desenvolvimento humano parte da concepção ecológica, na qual os diferentes ambientes inter-atuam (Figueiras, Souza, Benguigui, 2005). Há teorias ou estudiosos que abordam o desenvolvimento da personalidade, outras o desenvolvimento da inteligência, da identidade, ou da moral.

Os três aspectos que elucidam melhor o DI são: padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais. Dependendo da orientação teórica seguida pelo pesquisador e dos tipos de questões a serem estudadas, a ênfase pode ser observada em qualquer um desses aspectos (Figueiras, Souza, Benguigui, 2005).

O desenvolvimento já foi compreendido como resultante apenas de fatores genéticos ou determinado pelo ambiente, conforme as visões inatistas ou deterministas. Tais visões orientaram práticas da educação, do

direito, dentre outras, durante décadas no século passado. Atualmente, sabe-se que o desenvolvimento resulta da inter-relação íntima entre genética e ambiente, e a expressão genética pode ser modificada pela experiência humana durante a vida. Outro consenso é que as crianças ajudam a construir seu próprio desenvolvimento, uma vez que por meio de suas respostas conseguem influenciar os outros. Há, então, uma influência bidirecional na qual a criança não é vista como um ser passivo em seu processo de desenvolvimento, mas, sim, ativa nesse processo (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

Em geral, os estudiosos do desenvolvimento infantil, separam três domínios básicos do desenvolvimento para seus estudos: o físico, o cognitivo e o psicossocial. O desenvolvimento físico contempla o crescimento do corpo e do cérebro nas capacidades e habilidades motoras e também na saúde como um todo, influenciando os outros aspectos. O desenvolvimento cognitivo, por sua vez, está relacionado à aprendizagem, habilidades mentais, como memória, atenção, raciocínio e pensamentos. Já o desenvolvimento psicossocial, está ligado às emoções e às relações sociais, podendo influenciar no funcionamento dos demais domínios. Na verdade, os domínios estão inter-relacionados o tempo todo (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

Acredita-se que a organização dos comportamentos é iniciada bem antes do nascimento, seguindo uma orientação geral que começa no sentido craniocaudal e dos seguimentos proximais para os distais, refletindo a maturação neurológica (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

O reflexo do desenvolvimento nos domínios físico, cognitivo e psicossocial é visível nos comportamentos que podem ser organizados, de forma geral, em áreas para fins de observação e análise. Os instrumentos mais frequentes utilizados para guiar a observação dos comportamentos infantis geralmente, abrangem as seguintes: a área motora, considerando a área motora grossa os comportamentos relativos à postura e locomoção, e motora fina, os relativos à preensão manual; linguagem, que abrange todas as formas de comunicação, sons, gestos, palavras; área adaptativa, que compreende a capacidade de apreender elementos significativos em

experiências passadas e presentes e utilizá-los em situações novas; área pessoal-social, que retrata reações individuais às outras pessoas e à cultura na qual o ser está inserido (Marcondes et al., 2005).

Os comportamentos observáveis seguem padrões etários, uma vez que o desenvolvimento ocorre numa certa ordem, ou sequência, que possibilita comparar cada indivíduo a um padrão geral e identificar similaridades e discrepâncias no processo de aquisições de capacidades.

Apesar dos comportamentos comuns às faixas etárias, sabe-se que, na natureza, a regra é a variação, pois não há duas crianças no mundo exatamente iguais. O que nos faz pensar que, se a variação é a regra, porque, então, devem-se estabelecer normas, padrões ou estágios observáveis nas crianças a cada idade específica? Talvez porque se saiba também que o desenvolvimento humano está inserido no ciclo da vida humana que, por sua vez, está intimamente ligado à idade e a seus fatores relacionados (Gesell, 2003). De um modo geral tem-se a idade como baliza para se relacionar com uma criança e espera-se dela comportamentos julgados compatíveis com aquela idade. Seria possível ilustrar com um exemplo simples, quando se aproxima de uma criança, pergunta-se logo qual é sua idade e, assim, a pessoa organiza-se para interagir com ela, da forma que se acredita que ela poderá compreender naquela idade (Gesell, 2003). Assim como há os centímetros e gramas para se situar quanto à altura ou peso de uma criança, as normas de desenvolvimento dizem o quanto ela se encontra amadurecida. Mas, é preciso reafirmar sempre que as normas etárias não são padrões absolutos com os quais se deve comparar as crianças. Devem sim, ser usadas com cautela e apenas como referências. Todas as crianças passam por idênticas fases de desenvolvimento, porém, nem sempre seguem o mesmo calendário.

A existência de comportamentos comuns às faixas etárias, que são os padrões universais, possibilita parâmetros para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Estes devem ser sempre considerados em conjunto com as características individuais, como o ritmo de desenvolvimento e a situação física e fisiológica da criança, bem como com

as características contextuais, que incluem suas condições de vida e oportunidades de exercitar suas habilidades (Gesell, 2003).

A preocupação com o DI não é algo novo. A primeira publicação sobre o tema foi um trabalho de Darwin sobre desenvolvimento psicomotor, em 1877 (Iceta, Yold, 2002). Na literatura, está descrito, desde 1920 que nos Estados Unidos da América (EUA), vários centros de estudos sobre a criança foram criados. A princípio, não havia uma teoria sobre o DI já estabelecida, mas, sem, uma grande preocupação em medir e sistematizar os registros das informações coletadas, o que deu origem às escalas de desenvolvimento. O interesse era a descrição extensiva dos comportamentos observáveis em cada faixa etária, sobretudo relacionando o comportamento com a maturidade neurológica da criança.

A ciência do desenvolvimento desde então vem sendo multidisciplinar tradicionalmente, envolvendo as áreas da saúde, biologia e ciências sociais. De modo geral, suas pesquisas estudam as mudanças quantitativas e qualitativas no DI. As mudanças quantitativas referem-se ao número, e ou quantidade, tais como peso, estatura, dimensões corporais de forma geral, que podem ser também consideradas relativas ao fenômeno crescimento, e frequências de comportamento. As mudanças qualitativas, por sua vez, voltam-se ao que ocorre na forma, na organização desses comportamentos e não podem ser antecipadas tomando por base os comportamentos prévios (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

As pesquisas e teorias sobre o DI relacionam-se às bases científicas, ou referenciais teóricos dos autores que as elaboram, notando-se uma evolução nas abordagens, à medida que a compreensão sobre o processo de desenvolvimento foi se ampliando e aprofundando. As perspectivas que mais influenciaram as pesquisas e teorias sobre DI são: biológica; psicanalítica; de aprendizagem; cognitiva; contextual e evolutiva/sociobiológica.

A perspectiva biológica enfatiza a dotação genética e a maturação orgânica como determinantes do desenvolvimento e tem como expoente Arnold Gesell, que, publicou, em 1929, com Catherine Amatruda, os estágios do desenvolvimento e os progressos comuns a cada idade da

criança, já organizados nas áreas motora, adaptativa, de linguagem e pessoal-social. Seus estudos longitudinais com grupos de crianças saudáveis possibilitaram identificar as idades chave em que ocorrem as mudanças (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

A perspectiva psicanalítica concebe o desenvolvimento como moldado por forças inconscientes que motivam o comportamento humano. Sigmund Freud foi seu precursor. Nesta teoria, há uma sequência de estágios do desenvolvimento, que é invariável e segue da infância até a adolescência, de um estado mais imaturo e dependente até um estado maduro e independente. Seu foco é o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos relacionados à dinâmica psicosssexual (Papalia, Olds, Feldman, 2009). Nesta perspectiva, o também psicanalista Erik Erikson amplia a teoria freudiana dizendo que há uma influência da sociedade na personalidade em desenvolvimento, postulou que o desenvolvimento do ego ocorre durante toda a vida, e não só na infância como dizia Freud e, por isso, descreveu oito fases de desenvolvimento que abrangem desde o nascimento até a velhice (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

Outra corrente teórica é a da aprendizagem ou behaviorismo, que foca o processo pelo qual a criança incorpora novos conhecimentos que a levam a mudanças de comportamentos. Enfatiza que o comportamento ora observado é uma resposta previsível à experiência, isto quer dizer, é uma teoria mecanicista, na qual os seres humanos são capazes de aprender comportamentos em resposta às influências do ambiente. Trabalha aprendizagem associativa, que pode ser traduzida nos condicionamentos clássicos e operantes, mediante os mecanismos de reforço e punição em relação ao comportamento da criança (Papalia, Olds, Feldman, 2009). Dentro da teoria de aprendizagem, pode-se distinguir a aprendizagem social. Esta acredita que a criança aprende um determinado comportamento social aceito observando e imitando o comportamento de modelos adultos, e que o impulso para o desenvolvimento é bidirecional, isto é, a criança atua no mundo ao mesmo tempo em que o mundo atua na criança (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

Outra perspectiva é a piagetiana (Piaget) ou cognitiva, que traz o desenvolvimento como produto do esforço da criança para entender seu mundo. Sua teoria é abrangente e sugere que o desenvolvimento cognitivo inicia-se com uma capacidade inata de adaptação da criança ao mundo. A teoria dos estágios cognitivos de Piaget pontua que, em cada estágio, a criança desenvolve um novo modo de operação mental por meio da aprendizagem baseada na atividade sensorial simples e motora, evoluindo do pensamento concreto ao abstrato, que é um crescimento cognitivo ao longo dos anos. Dentre as suas contribuições mais significativas, está a ideia de que as mentes das crianças não são mentes miniaturas de mentes adultas. Ainda na perspectiva cognitiva, Lev Vygotsky, psicólogo russo, concentrou-se nos processos sociais que guiam o desenvolvimento cognitivo das crianças. Postulava que as crianças aprendem por intermédio da interação social e Piaget acreditava que a mente da criança observava e interpretava as informações sobre o mundo. Vygotsky entendia o crescimento cognitivo como algo colaborativo. Trouxe grande contribuição para a área da educação por meio dos testes cognitivos (Papalia, Olds, Feldman, 2009).

Finalmente, a perspectiva contextual, é a adotada para este estudo. Nesta perspectiva, o desenvolvimento deve ser compreendido dentro de um contexto social. Seus teóricos entendem o sujeito como parte inseparável do ambiente. Seu principal teórico é Urie Bronfenbrenner, psicólogo norte-americano que defende a ideia de que todo organismo biológico desenvolve-se dentro de um sistema ecológico que pode tanto prover seu desenvolvimento como inibi-lo.

Cabe ainda entender que o desenvolvimento sofre as influências de naturezas diversas, havendo fatores que podem interferir no curso do desenvolvimento, tanto positiva como negativamente. Tais fatores podem também ser organizados de várias maneiras. Uma forma mais geral é dividi-los em fatores intrínsecos e extrínsecos à criança.

Dentre os fatores intrínsecos, estão a hereditariedade, que envolve as características pessoais inatas, herdadas dos pais biológicos; a maturação orgânica, que possibilita a aquisição de novas habilidades e capacidades; doenças ou outros agravos como prematuridade, baixo peso e desnutrição;

Os fatores extrínsecos que influenciam o DI abrangem: aspectos da gestação, como alimentação, uso de drogas ou patologias maternas; aspectos ambientais, como exposição a poluentes e condições socioeconômicas; aspectos relacionados ao cuidado que a criança recebe, como vínculos afetivos, saúde mental materna, acesso aos serviços de saúde, oportunidades para a realização de atividades que favorecem o desenvolvimento (Brazelton, Greenspan, 2002; Marcondes et al., 2005; Bronfenbrenner, 2011; Fundamentos do Desenvolvimento, 2011).

Além de todo o exposto, uma das principais razões para atuar sobre o desenvolvimento nos primeiros anos de vida é o risco de prejuízos irreversíveis, caso a criança não tenha suas necessidades de desenvolvimento atendidas. Há momentos sensíveis, nos quais as capacidades e habilidades podem ser melhor alcançadas. Por exemplo, a capacidade de fixação binocular ocorre nos primeiros anos. Uma criança que tenha estrabismo não corrigido até os 4 anos de idade terá ambliopia, ou cegueira funcional, irreversível. Da mesma forma, cada uma das habilidades humanas tem potencialmente melhor desempenho, quando realizada nos períodos sensíveis: a linguagem verbal se estabelece com base na familiaridade com os fonemas nos primeiros anos de vida. Fonemas que não são ouvidos nos primeiros anos podem tornar-se irreconhecíveis, posteriormente, dificultando a aprendizagem de idiomas que os utilizam.

2.2 VIGILÂNCIA DO DI

No Brasil, o acompanhamento ou vigilância do crescimento e do desenvolvimento constituem o eixo central da atenção integral à saúde da criança na rede básica (Brasil, 2005c). Atenção esta que se inicia pela captação precoce, contempla uma série de atividades programadas tais como: atendimentos individuais e coletivos; atividades educativas e promocionais emancipatórias com as famílias e comunidade; além de também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente (Brasil,

2005c). O acompanhamento do DI é o eixo central da atenção, e o enfermeiro deve efetivá-lo em todas as situações de atendimento.

Apesar da importância da vigilância do DI na atenção primária, é ainda pouco realizada de forma sistemática. Os profissionais atribuem inúmeras razões para justificar ou explicar o não acompanhamento do DI. As mais comuns são a falta de tempo, a grande demanda de pacientes, a falta de organização dos serviços, tempo de consulta reduzido, pouca valorização do DI, além do cansaço, da distração e da sobrecarga de trabalho (Sigolo, Aiello, 2011).

Tal vigilância deve ser contínua e flexível, realizada por profissionais e destina-se à promoção do desenvolvimento e à detecção precoce de anormalidades (Figueiras et al., 2003). De acordo com a Associação Americana de Pediatria, a vigilância do desenvolvimento proporciona contextualizar os resultados obtidos por meio dos testes de triagem, envolvendo as famílias e suas funções, observando os pais e as crianças, e com isso consolidando as informações para melhor decidir sobre os encaminhamentos e apoio às famílias (Academia Americana de Pediatria, 2006).

Uma vigilância efetiva compreende estar atento às preocupações dos pais, realizar exames e observações precisas e discutir situações específicas com outros profissionais. Ainda de acordo com Academia Americana de Pediatria (2006), a triagem do desenvolvimento refere-se à aplicação de instrumentos rápidos, validados e padronizados.

Assim, a avaliação do DI é algo primordial para uma vigilância efetiva. Infelizmente, apesar de sua importância, o que se observa na prática é que tal avaliação é negligenciada em função de outras demandas, sobretudo nas consultas por agravos à saúde.

Os autores Sigolo, Aiello (2011) afirmam que, dos profissionais que realizam a avaliação do DI, menos de 30% utilizam testes de triagem padronizados. Entre os que referem utilizar alguma escala, a maioria cita os marcos da Caderneta da Criança e o teste de Denver II (Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II – TTDD II). As justificativas dos profissionais para a não utilização das escalas são por considerá-las

complexas e de aplicação demorada, contrariando estudos nacionais, que recomendam o uso de testes de triagem, como o de Denver, por serem considerados rápidos e baratos para a detecção de possíveis atrasos (Iceta, Yold, 2002).

Outro aspecto importante da avaliação do DI é que esta deverá ser realizada em vários momentos, pois a repetição da avaliação, isto é, a observação longitudinal das mudanças e continuidades favorecem à identificação mais precisa dos riscos e possíveis atrasos de desenvolvimento. Porque, em uma avaliação única, a criança pode não apresentar alteração e, em momentos subsequentes, haver sinais evidentes e inquestionáveis de atrasos ou alterações. Um teste normal realizado hoje não garante que a criança não terá problemas no futuro (Sigolo, Aiello, 2011).

Dentre os instrumentos utilizados na avaliação do DI, há questionários para pais, instrumentos de triagem aplicados por profissionais e anotações dos pais sobre o comportamento dos filhos, dentre outros. (Sigolo, Aiello, 2011).

Durante décadas, a mais famosa escala para a avaliação do DI foi a de Arnold Gesell, denominada Escala de Desenvolvimento que, era composta por 144 itens que contemplavam quatro grandes áreas do comportamento: comportamento motor, linguístico, pessoal-social e adaptativo. A avaliação fornecia um quociente de desenvolvimento, comparando o desempenho da criança em relação à norma e extraíndo a idade maturacional da idade cronológica multiplicada por 100 (Theuer, Mendonza, 2003).

Em 1967, foi publicada a Escala de Denver, em sua primeira versão. Trata-se de um teste delineado para aplicação em crianças, desde o nascimento até 6 anos de idade, com 125 itens divididos em quatro grupos: a) pessoal/social – aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) motricidade fina – coordenação olho/mão, manipulação de pequenos objetos; c) linguagem – produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem; e d) motricidade ampla – controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados por meio da musculatura ampla. Cada item é

avaliado e registrado pela de observação direta e também a mãe é questionada sobre as habilidades da criança (Halpern et al., 2000; Iceta, Yold, 2002).

Nancy Bayley, da Universidade de Berkeley, desenvolveu uma série de normas de avaliação, a chamada Escala do Primeiro Ano de Vida Califórnia. Mais tarde, estas normas foram agregadas à escala e, em 1969, surge a Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil, tornando-se um dos instrumentos populares nos estudos sobre DI em vários países, inclusive, no Brasil.

Em relação aos estudos brasileiros sobre DI, particularmente no que diz respeito a testes de avaliação, destacam-se o trabalho de Marinho, de 1978, que criou uma Escala de Avaliação Global do Desenvolvimento da Criança, realizado no Rio de Janeiro com crianças carentes, e o estudo que originou a Escala do Desenvolvimento do Comportamento da Criança: O Primeiro Ano de Vida. Este último, de 1997, baseou-se em análise detalhada de vários testes de desenvolvimento de bebês e seu autor, Batista, propôs uma escala com 64 itens padronizados para a faixa etária de 1 a 12 meses (Theuer, Mendonza, 2003).

Neste estudo, foi utilizado o instrumento de vigilância da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde. A caderneta de saúde da criança é o principal instrumento de acompanhamento infantil no Brasil na rede básica de saúde (Oliveira et al. 2012; Brasil, 2005b).

2.3 A VIGILÂNCIA DO DI COMO CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Para entender porque ainda não se estabeleceu uma prática de atenção integral à saúde da criança, é preciso compreender que as concepções de infância e mesmo a ideia que se faz hoje dos direitos das crianças são frutos de reflexões e vivências históricas de nossa civilização. Até meados do século XIX, as crianças eram ignoradas pela classe médica no sentido da especificidade de seus cuidados, não existiam muitas

instituições que se dedicassem exclusivamente aos cuidados infantis, sendo altas as taxas de mortalidade infantil. Esses elevados índices associados à queda na taxa de natalidade ocasionaram receio na população europeia de uma queda na força de trabalho futura na sociedade industrial emergente, o que contribuiu para o surgimento, entre 1870 e 1920, do Movimento para a Saúde da Criança. Tal movimento buscava preservar a vida das crianças, o que fez deste um marco na história da medicina neonatal e pediátrica (Oliveira Rodrigues, 2005).

No Brasil, a situação não era muito diferente. Durante o período colonial, as crianças nascidas em famílias ricas eram cuidadas por outras mulheres logo após o nascimento. Era comum também o abandono de recém-nascidos pobres nas Casas dos Enjeitados, Casa dos Expostos ou Casa da Roda. As condições sanitárias e sociais precárias, nas quais muitas vezes viviam, agravavam a saúde e elevavam ainda mais os já altos índices de mortalidade infantil. Até o início do século XX, a assistência prestada à criança era baseada no sentido da caridade cristã e da filantropia (Silva, Christoffel, Souza, 2005).

Para Fontes (2005), é importante ressaltar que a história da infância no País está atrelada à história do preconceito, da exploração e do abandono, assim, desde o início houve diferenciação entre as crianças, conforme segundo sua classe social, com direitos e lugares diversos no tecido social.

A partir do século XX, com a criação de instituições públicas de assistência, ocorreram mudanças no cuidado oferecido ao recém-nascido e à criança, de modo geral. As enfermeiras começaram a atuar nos consultórios de higiene infantil, orientando as mães quanto aos cuidados pré-natais, durante o parto, pós-parto e aos cuidados com os filhos. Houve também alterações em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias (Silva, Christoffel, Souza, 2005).

Na década de 1980, é possível destacar os avanços na organização da assistência neonatal com o processo de reorganização do sistema de saúde e a consolidação dos direitos da criança.

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado dentro de uma enfoque epidemiológico e de risco com ações básicas para a redução da morbidade e mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade. Conforme a proposta, esse nível de atenção deveria estar capacitado para resolver a maioria dos problemas de saúde das crianças, e preparado para atuar com outros setores e contra os fatores indesejáveis do meio ambiente, que impedem ou restringem cada criança de realizar seu potencial genético. O PAISC preconizava cinco ações básicas: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; o estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; a assistência e controle das infecções respiratórias agudas e o controle das doenças diarreicas e imunopreveníveis (Silva, Christoffel, Souza, 2005).

Em 1988, a Constituição Brasileira abordou como uma de suas prioridades a proteção dos direitos da criança e do adolescente, considerando a saúde como uma de suas necessidades básicas. Na época, iniciou-se também uma nova fase para a enfermagem, o chamado cuidado centrado na família. Desenvolveu-se uma preocupação com a integração do eixo saúde-educação, com a estimulação essencial das crianças e a sistematização das atividades lúdicas, tanto na área hospitalar como na domiciliar (Brasil, 1988; Silva, Christoffel, Souza, 2005).

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ressaltando que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, logo, gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (Gaiva, Paiao, 1999).

Atualmente, pode-se dizer que se avançou muito em relação ao entendimento do direito das crianças em ter suas necessidades atendidas, que são em parte diferentes das de um adulto, pois se trata de um ser em formação, isto é, as crianças têm necessidades essenciais para seu crescimento e pleno desenvolvimento. Esta proteção tornou-se alvo de preocupação dos mais variados segmentos da sociedade. Nos âmbitos jurídico e estatal, tal preocupação é instituída e regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e demais legislações pertinentes; está representada pela implementação de políticas públicas, como a Política de

Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), os Conselhos Municipais e Estaduais, além do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão deliberativo e controlador das políticas públicas de atendimento.

Todas estas medidas legais constituem uma rede de proteção das pessoas em formação. Proteger a criança é dever do Estado, da família e da sociedade na prestação de assistência, serviços, bem como na prevenção de riscos e danos, buscando efetivar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Para Nery Júnior e Machado (2002), preocupar-se com a proteção dos direitos das pessoas em formação é requisito para torná-las sujeitos de direitos com capacidade plena para o exercício de sua cidadania. Isso porque se entende que não existe a possibilidade de crianças e adolescentes exercerem plenamente seus direitos, pois não atingiram totalmente as suas potencialidades, daí, ser preciso protegê-las e garantir condições para seu pleno crescimento e desenvolvimento.

No âmbito da saúde, pode ser citado o atendimento integral à criança como um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que em seu artigo 11 estabelece:

Art.11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Redação dada pela Lei n.º 11.185, de 7/10/2005).

Contudo, um dos grandes desafios que a nossa sociedade ainda precisa enfrentar é que a situação política e econômica brasileira, infelizmente, ainda não possibilita efetivar a totalidade dos direitos da criança e do adolescente. As dimensões territoriais do Estado brasileiro, aliadas às grandes e marcantes desigualdades socioeconômicas, bem como a seus costumes nos quais o espaço doméstico é considerado privativo, dificultam a interrupção de situações de abusos desses direitos (Nery Júnior, Machado, 2002). Assim, a ação efetiva dos profissionais de saúde na

vigilância do DI constitui-se como uma grande contribuição para fazer face a tal desafio.

Diante da necessidade de realizar uma assistência de enfermagem a criança com qualidade e responsabilidade, faz-se útil o processo de enfermagem.

2.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E OS CATÁLOGOS CIPE®

A Resolução n.º 358/2009 recomenda que o processo de enfermagem deva ser realizado em todos os ambientes onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem. O processo de enfermagem é a base da sistematização da assistência de enfermagem e prevê entre outras etapas a elaboração de diagnósticos de enfermagem (Brasil, 2009). A elaboração dos diagnósticos de enfermagem pode utilizar termos contidos em classificações de enfermagem. Neste estudo, foram usados termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e os catálogos CIPE®.

A preocupação com a identidade profissional da enfermagem surgiu na Inglaterra vitoriana com Florence Nightingale na segunda metade do século XIX. Ela diferenciava as ações de enfermagem das do médico, implantando medidas de higiene e alívio a soldados feridos em hospital de guerra e também propondo ações efetivas de controle de infecções e organização do espaço e do trabalho (Rossi, Casagrande, 2008). Desde então, a enfermagem em todo o mundo veio desenvolvendo e consolidando suas teorias e práticas do cuidado ao ser humano. Surgiu, então, a necessidade de que a enfermagem tivesse seus próprios conceitos e linguagem, ambos fundamentais em qualquer campo do saber, pois formam a base da comunicação entre os profissionais e também com as outras áreas do conhecimento. Diante da consolidação da assistência de enfermagem por meios científicos, respaldados por teorias próprias do cuidado, e diante das reflexões sobre seu próprio corpo de conhecimento, constatou-se a

importância de uma assistência organizada e baseada nas necessidades dos indivíduos.

Teve então início um processo de padronização da linguagem, que gerou várias classificações de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Dentre elas, observa-se que a NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International) e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) constam entre as mais utilizadas, tanto em âmbito internacional como em âmbito nacional. Neste estudo, optou-se trabalhar com a CIPE® pelo que se descreve a seguir.

No final da década de 1980, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), em resposta a uma solicitação da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovou a proposta de desenvolver um sistema de classificação internacional para a prática da enfermagem. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) propõe uniformizar e estabelecer uma linguagem comum que represente a prática de enfermagem mundial. Tal uniformização da linguagem propiciaria a denominação, classificação e ligação dos fenômenos que a enfermagem pratica, isto é, o que os enfermeiros fazem, com relação às respostas humanas, para produzir determinados resultados. A CIPE® serve de instrumento de informação e também para ampliar a visibilidade da enfermagem nos abrangentes sistemas de saúde. Deve ser usada para descrever e integrar a enfermagem na pesquisa, ensino, administração e gerenciamento e também no desenvolvimento de políticas públicas em saúde (CIPE® Versão 2.0, 2011). Facilita ainda a implantação e o uso de sistema informatizado de registros de pacientes (Hannah et al., 2009).

O programa CIPE® está estruturado em três áreas principais: pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operação; disseminação e ensino. Na área de pesquisa e desenvolvimento, estão os Centros Acreditados pelo CIE para pesquisa e desenvolvimento da CIPE®, bem como os catálogos. Como já dito anteriormente, os catálogos objetivam facilitar o acesso dos enfermeiros a CIPE®, considerando a especificidade de sua área de atuação e o contexto de trabalho (Furtado, Medeiros,

Nóbrega, 2013). Os termos do catálogo devem seguir normas específicas dadas pela ISSO 18.104:2003 (Cubas et al., 2010).

Diante da grande diversidade de classificações existentes e sua constante inserção e adequação de termos dentro das classificações, surge a necessidade de uma padronização para a construção desses termos e, para tanto, surge a ISO 18.104:2003, como modelo integrador de terminologias de enfermagem.

A International Standard Organization (ISO) é uma organização não governamental internacional que desde 1947, estabelece normas para a padronização do desenvolvimento de produtos, serviços e linguagem tecnológica nos diversos países. Esta norma é fruto do trabalho do Comitê Técnico de Informática em Saúde do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e pelo Grupo de Interesse Especial de Informática em Enfermagem da Associação Internacional de Informática Médica, além de outros colaboradores de organizações, tais como o Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED®) e o European Committee for Standardization (CEN), do TeleNurse ID ENTITY (Integration and Demonstration of European Nursing Terminology in Information Technology (Cubas et al., 2010). Esta norma propõe um modelo para compor terminologias no qual, especificamente, os diagnósticos de enfermagem devem ser compostos por, no mínimo, um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento. Mas, em algumas situações um descritor único pode contemplar ambos (foco e julgamento), como por exemplo, dor, que já pressupõe que significa a presença da dor (Cubas et al, 2010).; retirando a necessidade de se escrever dor “presente”. É possível ainda utilizar a potencialidade de um diagnóstico e expressá-la como risco ou chance (risco para diagnóstico negativo e potencial para diagnóstico positivo); revelando o caráter preventivo da enfermagem inclusive. Quanto às ações de enfermagem, consideradas como atos intencionais aplicados a um ou mais alvos, devem ter, no mínimo, um termo do eixo ação. Em geral são usados verbos no infinitivo, como: verificar, retirar, mover, orientar, etc. Considerando que a ação de enfermagem é um processo pelo qual um serviço intencional é executado em um receptor de cuidados. (Marin, Peres e Dal Sasso, 2013).

O catálogo CIPE® é um subconjunto terminológico, ou seja, um subconjunto de termos da CIPE® utilizados em uma determinada área da enfermagem. Compõe-se de termos específicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, cujo objetivo é suprir a necessidade de sistematização da assistência em áreas específicas da enfermagem (Lins, Santo, Fuly, 2011).

Desde 2005, os catálogos vêm sendo desenvolvidos para facilitar a implantação da CIPE®, porém, apenas cinco deles estão reconhecidos pelo CIE até o momento, sendo dois criados pelo próprio conselho e os três restantes por grupo de pesquisadores independentes, (Furtado, Medeiros, Nóbrega, 2013). Alguns deles já foram testados em países da Ásia com bons resultados, sendo indicados como um recurso aplicável na prática e útil no planejamento da assistência (Jo et al., 2011; Doorenbos et al., 2011).

Atualmente, há vários estudos em andamento para a construção de catálogos (Lins, Santo, Fuly 2011; Furtado, Medeiros, Nóbrega, 2013). Há também catálogos já propostos, inclusive brasileiros, mas ainda não aceitos oficialmente pelo CIE (Lins, Santo, Fuly, 2011; Fialho, 2013).

Outra linha de pesquisa com catálogos constitui os projetos de programas computacionais que visam a criar condições mais facilitadas para a construção dos catálogos, fazendo uma interligação da enfermagem com as áreas da informática e engenharias (Bjugan, 2013).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na construção do catálogo CIPE® para a promoção do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem à criança, foram utilizados referenciais teóricos que possibilitam operacionalizar os diversos aspectos do desenvolvimento infantil na elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções.

Na elaboração dos diagnósticos e resultados, foi utilizada a perspectiva das etapas do desenvolvimento, bastante bem elaborada pelos estudiosos que focaram suas pesquisas no processo maturacional e organizaram as aquisições das crianças segundo áreas do desenvolvimento. As áreas estão representadas por meio dos marcos, que são as habilidades ou capacidades que as crianças adquirem gradativamente, na medida em que crescem e se desenvolvem. Os principais autores e suas teorias estão apresentados no item 2.2 desta tese. A base para a organização dos diagnósticos e resultados foi o instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos, que integra a caderneta de saúde da criança, instituída pelo Ministério da Saúde brasileiro. Tal escolha deveu-se ao fato de que o instrumento já é utilizado nas consultas para a avaliação do DI, facilitando não só a compreensão do enfermeiro de campo como também seu manuseio.

Para as intervenções de enfermagem, foram utilizados como referenciais o de desenvolvimento humano, de Bronfenbrenner, e o de necessidades essenciais da infância, postulado por Brazelton e Greenspan (2002).

Para Bronfenbrenner, o desenvolvimento é “um fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos”. Estende-se ao longo do ciclo de vida humano por meio de sucessivas gerações e, ao longo do tempo histórico, tanto passado como presente. De acordo com Bronfenbrenner, o desenvolvimento ocorre pela interação constante, ativa e bilateral entre a criança e o ambiente imediato, porém seu desenvolvimento poderá ser

afetado por contextos mais afastados. Tais contextos iniciam-se na creche, na escola e na comunidade e conectam-se com as instituições sociais, sistemas de educação e transporte, envolvem padrões culturais e históricos que afetam a família e tudo mais na vida de uma criança.

O teórico identifica cinco sistemas contextuais integrados, desde o mais próximo e íntimo, até o mais distante e amplo. São eles: microssistema; mesossistema; exossistema; macrosistema e cronossistema.

Figura 1 - Figura esquemática dos sistemas contextuais de Bronfenbrenner.

Fonte: Figura adaptada. Papalia Diane E; Sally Wendkos Olds; Ruth Duskin Feldaman. O mundo da criança: da infância à adolescência cap Primeira Parte: Cap 1. Estudando o mundo da criança. 11ª edição editora MCGraw-Hill. 2009.

O microssistema é um conjunto padrão de atividades, relações pessoais dentro de um ambiente com uma casa, um lar, uma creche, escola ou comunidade. Neste microssistema, a criança atua pessoalmente todos os dias. Aqui há a influência bidirecional nas duas direções, um exemplo é a interação da criança com seus pais ou cuidadores.

O mesossistema é a relação entre dois ou mais microssistemas aos quais a criança em desenvolvimento esteja envolvida. Inclui a ligação dos pais e a escola, por exemplo.

O exossistema consiste na interação de dois ou mais ambientes. Mas aqui a criança não está inserida, embora seja influenciada por ele. Um exemplo seria o trabalho dos pais e nas redes sociais as quais estes estão inseridos. O macrosistema equivale ao conjunto de comportamentos socialmente aceitos em determinada cultura, ou seja, padrões, culturais. Isto é, costumes, crenças, sistemas políticos e sociais, valores morais, dentre outros.

Por sua vez o cronossistema inclui a dimensão temporal, isto é, confere o grau de estabilidade ou mudança no mundo da criança ao longo do tempo, desde eventos menores, como uma mudança de residência, até os maiores, como guerras e processos migratórios.

Para Bronfenbrenner (2011), o desenvolvimento da criança envolve não apenas uma resposta desta aos estímulos ambientais, mas ela também é uma formadora de seu próprio desenvolvimento. As crianças interferem em seu próprio desenvolvimento, por meio de suas habilidades, características biológicas e sociais também pelo seu temperamento, potencialidades e deficiências.

Thomas Berry Brazelton e Stanley Greenspan são pediatras, psiquiatras na área infantil e também pesquisadores renomados e premiados por suas contribuições na área de desenvolvimento infantil realizaram seu referencial baseado na ideia de que crianças têm necessidades básicas físicas, sociais e emocionais indissociáveis. E tais necessidades, quando não satisfeitas em tempo hábil, podem ser responsáveis por problemas no desenvolvimento da criança, ocasionando alterações significativas na vida do indivíduo adulto (Brazelton, Greenspan, 2002).

Em oposição, ao investir para atender tais necessidades, percebe-se estar contribuindo para a formação de pessoas, isto é, cidadãos mais aptos a construir e a viver em uma sociedade mais economicamente sustentável, mais cooperativa, menos violenta e, por que não dizer, mais produtiva. (Brazelton, Greenspan, 2002).

É preciso entender que tal crescimento e desenvolvimento transcendem a ideia meramente biológica postulando que as crianças necessitam de afeto, de experiências sociais e coletivas e, sobretudo, de interação familiar, independente de sua classe socioeconômica. A proposta é não se ocupar apenas de fatores biológicos, mas também da experiência.

Isso porque já são conferidas as consequências da privação dessas necessidades às crianças. Acredita-se, então, que as crianças devem receber cuidados que propiciem seu completo crescimento e desenvolvimento e alcance de todo seu potencial físico, intelectual, social e emocional (Brazelton, Greenspan, 2002; Veríssimo, 2009). Tais necessidades devem ser atendidas, para que a criança seja um sujeito de direitos, isto é, usufrua dessa condição, afinal todas as crianças têm esse direito, sem distinção de sua condição socioeconômica, raça, religião da família e constituição física. São elas:

- **Necessidades de relacionamentos sustentadores contínuos:** A criança necessita de relações afetuosas e sustentadoras para garantir o pleno desenvolvimento do sistema nervoso central. A aprendizagem e a capacidade de relacionar-se dependem desse sistema. Uma vez atendida esta necessidade, a criança terá grandes chances de se tornar um adulto seguro do ponto de vista emocional;
- **Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação:** Esta necessidade envolve a sobrevivência da criança, isto é, a manutenção da integridade física e fisiológica. Constitui a manutenção da integridade corporal e o tratamento dos agravos à saúde. Garante a segurança física da criança; e inclui os cuidados que lhe são prestados;
- **Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais:** atender a essa necessidade significa respeitar as diferenças das crianças em suas habilidades e competências, em cada fase de seu desenvolvimento; sobretudo, considerar o temperamento da criança e suas particularidades. O desenvolvimento normal contempla tais singularidades;

- **Necessidade de experiências adequadas a seu desenvolvimento:** é preciso oferecer à criança experiências compatíveis com seu desenvolvimento, e que estas sejam gradativas e contribuam na aquisição das habilidades;
- **Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas:** a disciplina deve ser colocada em meio afetoso, de modo a desenvolver na criança a confiança, empatia e o vínculo. O convívio social depende muito da satisfação desta necessidade; e.
- **Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras de continuidade cultural:** traz a ideia de grupo, de pertencer a determinado grupo social. Permite à criança entender o significado da integração e sobretudo o sentimento de pertencer a um grupo, seja familiar ou comunitário.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Construir um catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade na rede básica de saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar uma proposta de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, de acordo com o modelo CIPE®, para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade.
- Validar as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções propostas para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade com peritos.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo trata-se de uma pesquisa não experimental do tipo metodológica. A pesquisa metodológica tem por objetivo melhorar a obtenção, organização, a confiabilidade e a validade de ferramentas de levantamento de dados. Isto é, trata do aperfeiçoamento, do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (Polit, Beck, 20011). A opção por esse tipo de pesquisa para a construção de um catálogo justifica-se por ser um método que possibilita desenvolver uma ferramenta de qualidade.

Para a construção do catálogo, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) propõe dez etapas consecutivas, com diretrizes sucintas sobre cada parte do trabalho a ser desenvolvido (ICN, 2008; Coenen, 2010). O fluxograma da Figura 2 esquematiza a sequência etapas e de procedimentos realizados, a seguir descritos.

Figura 2 - Esquema da sequência de etapas e procedimentos realizados.

Fonte:

Etapa 1: identificar a categoria do cliente e a prioridade de saúde.

Nesta etapa, o cliente é definido como o sujeito a que um diagnóstico se refere, ou seja, quem recebe a intervenção. Podem ser indivíduos, famílias ou comunidades. Quanto à prioridade deve estar contida em, pelo menos, uma das três grandes áreas: condições de saúde; especialidade de cuidados e contextos de saúde ou fenômenos de enfermagem (Furtado, 2013). Para este estudo, a categoria do cliente é a criança de 0 a 3 anos de idade, e a prioridade de saúde é o acompanhamento do desenvolvimento. O acompanhamento do desenvolvimento infantil é uma das prioridades no atendimento à criança na rede básica de saúde, como descrito na introdução e revisão da literatura deste relatório.

Etapa 2: documentar a importância da prioridade de saúde contemplada pelo catálogo para a enfermagem.

A revisão da literatura foi realizada nas fontes de informação: LILACS, WEB OF SCIENCE, CINAHAL, PUBMED e SCOPUS. A pergunta de busca foi: por que se deve realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil da criança de 0 a 3 anos de idade na consulta de enfermagem? As palavras-chave escolhidas foram: *development child, surveillance e nursing*; combinadas com termos aditivos. Somente foram considerados artigos ou revisões com texto completo e disponíveis *on line*. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados entre 2009 e 2013; nos idiomas português, espanhol ou inglês; que tinham o desenvolvimento infantil como assunto principal. Foram encontradas 60 publicações (artigos e revisões) e após a leitura dos títulos e resumos permaneceram 25 publicações, e havia seis delas duplicadas em mais de uma das fontes de informação. Permaneceram para a leitura e análise 19 publicações. Tais publicações foram utilizadas nos capítulos introdutórios e citadas ao longo do trabalho.

Etapa 3: entrar em contato com o CIE para determinar se outros grupos trabalham com a prioridade de saúde e estabelecer relações entre eles.

O registro do projeto foi efetuado na página on-line do CIE e está disponível em <<http://www.icn.ch/details/2/26.html>> (Anexo B). Também foram realizados contatos com colegas brasileiros e estrangeiros que trabalham na área de catálogos CIPE® para verificar se havia outros trabalhos em andamento sobre o catálogo de acompanhamento do DI.

Etapa 4: utilizar o modelo da CIPE® de sete eixos para as afirmações de diagnóstico, intervenções e resultados.

Todos os termos foram organizados no formato de sete eixos da CIPE®. O catálogo foi elaborado tendo como referencial o instrumento de vigilância do desenvolvimento da criança que compõe a caderneta de saúde da criança (Brasil, 2013) e a CIPE® versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). A escolha desse instrumento de avaliação deve-se ao fato de ser referido pelos profissionais como o mais utilizado, preconizado pelo Ministério da Saúde e disponível a todos os profissionais (Figueiras et al, 2003). O instrumento lista marcos de desenvolvimento por grupo etário, do nascimento até os 3 anos de idade, orienta a observação e o registro do acompanhamento das habilidades e aquisições da criança no decorrer do tempo, permitindo classificações que orientem o profissional em sua conduta e também no diálogo com os pais a respeitar da situação de desenvolvimento da criança (Brasil, 2013).

A CIPE® versão 2.0 era a mais recente publicada à época do início da pesquisa; uma atualização, realizada por estudiosos brasileiros da CIPE® 2011 atualizada e disponibilizada na página virtual do CIE em 2013¹, foi consultada na época da redação da tese.

Foram levantados todos os termos que poderiam ser utilizados na prática do acompanhamento do DI (anexo D). Em seguida, foi realizado um exercício teórico em que foram elencadas todas as situações mais comuns de avaliação do DI encontradas na prática utilizando o instrumento de

¹ Disponível em <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-translations/> Acessado em 09 de Janeiro de 2014.

vigilância do DI do Ministério da Saúde. Tais situações foram descritas como casos que orientaram a elaboração das questões de validação.

A construção dos diagnósticos/resultados e intervenções seguiu as recomendações do CIE e também o modelo ISO. Os diagnósticos incluíram um termo do eixo Foco e outro do eixo Julgamento e termos adicionais, quando necessários. Na construção de afirmativas de intervenções de enfermagem, foram incluídos um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerados como um termo de qualquer um dos eixos, e termos adicionais quando necessário (Araújo, 2009).

Nessa etapa, foi feito um levantamento bibliográfico para determinar os referenciais teóricos utilizados na construção do instrumento de vigilância da caderneta de saúde da criança de 2010 e sua atualização de 2013, uma vez que o instrumento de vigilância não apresenta referências. Foi também buscado contato com seus autores, obtendo-se resposta apenas de um deles, que informou ter sido utilizada a literatura corrente, como base para o desenho do instrumento.

Verificou-se que os marcos do instrumento correspondiam aos marcos utilizados por dois testes clássicos na ciência do DI, o de Arnold Gesell e o de Denver (TTDD II).

Todos os 44 marcos do desenvolvimento do instrumento do Ministério foram comparados aos do TTDD II e à escala de Gesell (Gesell, 1974), possibilitando sua organização por áreas (o quadro abaixo). Tal organização visou à elaboração de afirmativas de diagnósticos correspondentes.

Quadro 1- Os marcos do DI identificados conforme o instrumento de vigilância do DI da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde 8º ed. 2013.

(continua)

Marcos do desenvolvimento	TTDD II	Escala de Gesell
Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	-----	Motora
Observa um rosto	Pessoal-social	Pessoal-social
Reage ao som	Linguagem	Linguagem
Eleva a cabeça	Motora	Motora
Sorriso social quando estimulada	Pessoal-social	Pessoal-social
Abre as mãos	-----	Motora
Emite sons	Linguagem	Linguagem
Movimenta ativamente os membros	Motora	-----
Resposta ativa ao contato social	-----	Pessoal-social
Segura objetos	Adaptativo	Motora
Emite sons	Linguagem	Linguagem
De bruços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Motora	Motora
Busca ativa de objetos	Pessoal-social	Pessoal-social
Leva objetos à boca	-----	Adaptativo
Localiza o som	Linguagem	Linguagem
Muda de posição ativamente (rola)	Motora	Motora
Brinca de esconde achou	-----*	-----*
Transfere objetos de uma mão para outra	Adaptativo	Adaptativo
Duplica sílabas	Linguagem	Linguagem
Senta-se sem apoio	Motora	Motora
Imita gestos	-----	Linguagem
Faz pinça	Adaptativo	Motora
Produz “jargão”	Linguagem	Linguagem
Anda com apoio	-----	Motora
Mostra o que quer	Pessoal-Social	Pessoal-Social
Coloca blocos na caneca	Adaptativo	Adaptativo
Fala uma palavra	Linguagem	Linguagem
Anda sem apoio	Motora (citado: “caminha bem”)	Motora
Usa colher ou garfo	Pessoal-Social	Pessoal-Social (citado “come sozinho, mas derrama”)
Constrói torre de dois cubos	Adaptativo	Adaptativo

(continuação)

Marcos do desenvolvimento	TTDD II	Escala de Gesell
Fala 3três palavras	Linguagem	Linguagem
Anda para trás	Motora	-----
Tira roupa	Pessoal-Social	Pessoal-Social
Constrói torre de três cubos	Adaptativo (porém coloca torre de quatro cubos)	Adaptativo
Aponta duas figuras	Linguagem	Linguagem (cita um ou três figuras)
Chuta bola	Motora	Motora
Veste-se com supervisão	Pessoal-Social (não cita a supervisão)	Pessoal-Social
Constrói torres de seis cubos	Adaptativa	Adaptativa
Fala frases com duas palavras	Linguagem	Linguagem
Pula com ambos os pés	Motora (citado: salta para cima)	Motora
Brinca com outras Crianças	Adaptativa	-----
Imita linha vertical	Adaptativa	Adaptativa (cita “ traço em V”)
Reconhece duas ações	Linguagem	Linguagem (cita “indica o uso de objetos”)
Arremessa a bola	Motora	-----

(conclusão)

* O marco “Brinca de esconde-achou” não foi encontrado nas descrições dos autores acima; considerando a recomendação de avaliação descrita no instrumento utilizado para a avaliação proposto pelo Ministério da Saúde 2003, foi classificado para este estudo como um marco da área pessoal-social.

Dentre os 44 marcos verificados, 11 estavam descritos apenas em um dos instrumentos de referência; os descritos em ambos situam-se nas mesmas áreas do desenvolvimento.

Assim os diagnósticos, resultados e intervenções foram organizados da seguinte forma: diagnósticos/resultados e intervenções mais gerais, para achados gerais da avaliação do DI, e os diagnósticos/resultados e intervenções, conforme as áreas do desenvolvimento, isto é, motora, linguagem, adaptativa e pessoal-social.

Etapa 5: identificar provas e publicações pertinentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Preferencialmente, foram usadas publicações que já sistematizaram evidências sobre intervenções de promoção do desenvolvimento infantil

Etapa 6: desenvolver conteúdo de apoio.

Um documento orientador foi elaborado para utilização do catálogo CIPE® para acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade (Apêndice D)

Etapa 7: verificar e validar as afirmações do catálogo com enfermeiras peritos na prioridade de saúde selecionada.

Esta etapa da pesquisa não está detalhada na orientação dada pelo CIE para a construção de um catálogo. Portanto, foi realizado um levantamento bibliográfico nas principais fontes de informação e bases de dados, a fim de verificar quais eram os métodos e técnicas de validação mais empregados para a validação de diagnósticos/resultados e intervenções publicados nas bases de informação. As técnicas e procedimentos para validação usados nesta pesquisa estão descritos após a descrição das dez etapas de elaboração do catálogo, com o intuito de facilitar a compreensão do leitor.

Etapa 8: adicionar, retirar e revisar as afirmações do catálogo, se necessário.

As afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções foram revisados em reuniões por peritos do grupo de pesquisa “Cuidado à Saúde Infantil”, certificado pelo CNPQ e pela Universidade de São Paulo.

Etapa 9: colaborar com o CIE para preparar um exemplar definitivo do catálogo após sua apresentação, avaliação e codificação e a **Etapa 10:** ajudar o CIE a difundir o catálogo.

A pesquisadora comprometeu-se a investir no alcance das etapas 9 e 10 acima mencionadas.

Um programa computacional para o uso do catálogo está sendo desenvolvido, como continuidade deste estudo, a fim de facilitar sua utilização na prática do enfermeiro (Apêndice E). Os programas computacionais são utilizados em um contexto mundial, em diversas áreas da enfermagem, pois:

- Auxiliam o enfermeiro na tomada de decisão assistencial, sobretudo, aos enfermeiros generalistas, a grande maioria da assistência da rede básica, favorecendo decisões mais acertadas e seguras;
- Contribuem na pesquisa, permitindo a criação de bancos de dados cada vez mais confiáveis e
- Contribuem no ensino porque propiciam um ambiente favorável ao aprendizado do raciocínio lógico e melhoram a percepção do aluno quanto ao processo diagnóstico e intervenção (Rosso, Silva, Scalabrin, 2009).

As avaliações do uso do catálogo na prática clínica, bem como do protótipo do programa computacional desenvolvido serão realizadas em trabalhos futuros.

5.1 A VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Desde 1970, a validação dos diagnósticos em enfermagem é objeto de estudos e discussões entre os pesquisadores. Ao longo dos últimos anos, foram sendo desenvolvidas técnicas e procedimentos para esse fim. A validação de um diagnóstico vem sendo então considerada como a legitimação de um fenômeno específico da prática clínica da enfermagem (Lopes, Silva, Araújo, 2013a).

Como o CIE não recomenda um modelo de validação específico, a pesquisadora realizou um levantamento e a análise dos modelos já descritos na literatura para a validação de diagnósticos.

Um diagnóstico/resultado e uma intervenção podem ser validados por modelos tradicionais de validação diagnóstica, ou ainda, por modelos mais atuais, como por exemplo, pela análise de conceito (pode ser feita por revisão integrativa da literatura). Por validação clínica e estudos de acurácia, modelos ditos mais avançados porque incluem estatísticas avançadas (equações de estimativa generalizada, análise de correspondência múltipla, etc.) e análise de conteúdo por peritos. Podem ainda ser validados por meio de estudos de caso (Lopes, Silva, Araújo, 2013b).

O processo de validação de um diagnóstico de enfermagem é semelhante ao processo de validação de um instrumento de medida, sobretudo no que se refere à validade e à confiabilidade do instrumento (Chaves, 2008). A confiabilidade é a capacidade de se ter um resultado preciso, consistente no tempo e com observadores diferentes (Alexandre, Coluci, 2011).

A validação é o processo de examinar com precisão uma determinada predição ou inferência realizada com base nos escores de um teste. É mais que demonstrar o valor de um instrumento de medida, é todo um processo de investigação. Valida-se não propriamente o teste, mas a interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico. Para tanto, há que se fazer a validade de conteúdo, de construto e de critério, que podem ser estimadas estatisticamente. A validade de critério é verificar se um instrumento é capaz de identificar os itens que são efetivamente melhores para uma determinada atividade (Polit, 2004; Raymundo, 2009). A validade de construto que é a medida das relações hipotéticas baseadas nas relações teóricas. Em geral usadas em estudos de desenho qualitativo. (Carrillo, Rubiano, 2007).

A terceira, a chamada validade de conteúdo, refere-se ao julgamento sobre um instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Contribui para evitar julgamentos subjetivos. Bastante usada em estudos de taxonomia em enfermagem (Carrillo, Rubiano, 2007). A validação de conteúdo pode ser também determinada de uma forma mais abrangente, pois avalia o grau em que cada elemento de um instrumento

representa um constructo específico. Isto é, a validade de conteúdo baseia-se necessariamente em um julgamento. Não existem métodos totalmente objetivos para garantir a cobertura total do conteúdo, porém, cada vez mais aumenta o uso de grupos de peritos para avaliar a validade do conteúdo de instrumentos (Polit, Becker, 2011). Na literatura, há publicações com diferentes métodos para avaliar a validade de conteúdo de um instrumento. Existem várias medidas quantitativas para quantificar o grau de concordância entre os peritos no decorrer dos processos de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento (Alexandre, Coluci, 2011). Sendo as mais utilizadas: índice de validade de conteúdo (IVC); coeficiente kappa e porcentagem de concordância.

No presente estudo, foi realizada a validação do conteúdo por consenso, a que visa a traduzir a opinião de peritos sobre determinado tema. Tal opção deu-se, pois, atualmente, muitos estudos que objetivam a construção e a aprimoramento das taxonomias de enfermagem utilizam esse tipo de método (Azzolin et al., 2012). Mas, sobretudo, foi considerada uma opção apropriada por tratar-se de uma primeira versão de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções. Dois tipos métodos de validação de conteúdo foram usados: porcentagem de concordância entre juízes na Fase I e, na Fase II, o índice de concordância proposto por Fehring (1987).

5.2 SUJEITOS PARTICIPANTES

Em ambas as fases da pesquisa, houve a participação de peritos, escolhidos por critérios previamente definidos, relativos a seus conhecimentos teórico-práticos sobre o tema em questão, como recomendado para estudos de validação (Alexandre, Coluci, 2011).

Vários estudos destacam a grande dificuldade de se recrutar peritos para estudos de validação, sendo o tamanho da amostra dependente da disponibilidade desses peritos (Carvalho et al., 2008). Assim, optou-se por compor uma amostra não probabilística, do tipo amostra por conveniência

(Polit, Beck, 2011), utilizando estratégias variadas de recrutamento de participantes.

Foram considerados peritos: enfermeiro com título de especialista, mestrado ou doutorado em pediatria ou saúde da criança; docente de cursos de graduação, cujo ensino de saúde da criança ou pediatria esteja sob sua responsabilidade, pelo menos por 5 anos; enfermeiro com prática em atendimento à criança superior a 5 anos. Como critério de exclusão, foi considerado o profissional que afirmasse desconhecer o processo de enfermagem.

Os peritos foram recrutados por dois principais meios: pelos currículos cadastrados na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Vituri, Matsuda, 2009; Galdeano, 2002) pela técnica de “bola de neve” na qual um respondente indica outro (Chaves, 2009; Lopes, Silva, Araújo, 2013a). Adicionalmente, houve convite mediante contato direto da pesquisadora em eventos científicos nacionais das áreas de enfermagem pediátrica e sistematização da assistência de enfermagem.

Os currículos da plataforma Lattes foram selecionados baseado nos nomes dos grupos de pesquisa, área de atuação, participação em projetos e produção bibliográfica. Desta forma, identificaram-se 220 peritos, sendo catalogados por nome, área, e-mail, e filiação institucional. Vários estudos publicados indicam essa forma de busca ativa de peritos para estudos de validação (Vituri, Matsuda, 2009). Não é possível estimar o número de peritos alcançados com as demais estratégias de recrutamento.

Em ambas as fases de coleta de dados, os 220 peritos identificados na plataforma Lattes foram convidados por mensagem eletrônica que continha a carta-convite com o link do instrumento de coleta de dados. Posteriormente, aplicaram-se dois filtros com os critérios de inclusão e exclusão a todos os respondentes como uma medida de segurança e confiabilidade dos dados, visto que os questionários eram distribuídos virtualmente, e sem os filtros poderiam ser considerados pelo sistema questionários respondidos por enfermeiros que não atendiam aos critérios estabelecidos.

A fim de garantir os preceitos éticos, foram considerados apenas os questionários respondidos completamente em ambas as fases do estudo, uma vez que não era possível saber se não completar o preenchimento correspondia a uma desistência de participação.

Para fins de melhor compreensão sobre as possíveis limitações do estudo, foram comparadas as respostas quanto à caracterização de todos os que aceitaram participar da pesquisa e também apenas dos que responderam ao questionário completamente, verificando-se que não houve diferença qualitativa na caracterização dos sujeitos participantes que responderam a todo o questionário, daqueles que o responderam parcialmente.

5.3 COLETA DE DADOS

Foram enviados convites por correio eletrônico aos peritos explicando o propósito do estudo e o *link* de acesso direto à plataforma virtual Survey Monkey, na qual estava hospedado o questionário (Apêndice A). Na plataforma, havia um resumo do estudo, a orientação do preenchimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Só após registro da concordância em participar do estudo é que o sistema abria o questionário virtual.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para assegurar os direitos dos participantes e cumprir os aspectos contidos na Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), o projeto foi aprovado sob o número 0114.0.196.000-11 pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo (Anexo A).

Os sujeitos participantes foram informados dos objetivos do estudo e dos preceitos éticos que nortearam esta investigação científica, autonomia, riscos, benefícios e relevância social da pesquisa, assegurando-lhes o

anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper sua participação em qualquer momento do estudo. Todos os que concordaram em participar do referido estudo, assinalaram no questionário virtual disponibilizado na plataforma Survey Monkey o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Em ambas as fases da validação, foram utilizados instrumentos construídos em plataforma virtual. O uso do questionário virtual é hoje muito difundido em diversas áreas do conhecimento e também na vida das pessoas, pela facilidade de aplicação e também por ampliar o acesso a informantes geograficamente distantes que fazem do questionário virtual algo positivo. As áreas de marketing, negócios, logística, dentre outras, há tempos já utilizam tais recursos. Na pesquisa científica, seu uso ainda é tímido, em especial, na enfermagem e mais especificamente para a validação de afirmativas de diagnósticos é menos utilizado ainda, mas mostra-se um recurso viável para a coleta de informações sobre um tema tão relevante para a prática da enfermagem, pois grande parte dos estudos publicados sobre validação de diagnósticos, resultados e intervenções é realizada com um número reduzido de informantes (Vituri, Matsuda, 2009).

Há várias dificuldades metodológicas operacionais a serem superadas nas pesquisas de validação de diagnósticos, porém, cabe aos pesquisadores da temática desenvolverem novas estratégias que ampliem as amostras e viabilizem tais pesquisas. Por exemplo, o uso de programas computacionais (Carvalho et al., 2008)

Esses questionários podem ser enviados por correio eletrônico (no qual o participante imprime, responde e reenvia ao pesquisador) ou por meio de plataformas virtuais, que são pagas ou de domínio público. Neste estudo, foi empregada a ferramenta chamada Survey Monkey, que é a de questionário on-line mais popular. Trata-se de uma ferramenta que tem versão paga e gratuita com diferenças de recursos, entre elas. Neste estudo,

foi usada uma estratégia relativamente nova na área da enfermagem, ou seja o questionário estruturado em formato virtual, ficando este hospedado na plataforma Survey Monkey. A versão utilizada neste estudo foi a básica e paga pela pesquisadora.

A intenção inicial foi facilitar aos sujeitos pesquisados responderem e também ampliar a abrangência geográfica da aplicação. Os instrumentos foram submetidos a um teste piloto, isto é a análise de peritos que atendiam aos critérios de inclusão, porém não eram participantes da pesquisa, a fim de realizar um melhor refinamento do instrumento antes da sua disponibilização na plataforma virtual (Galdeano, 2002).

Assim, foram elaborados questionários para a coleta de informações de forma sequencial e organizada. Os instrumentos de coleta de dados foram divididos em três partes: a primeira consistia na apresentação da pesquisa, com seus objetivos, aspectos éticos e também as orientações para o preenchimento do questionário; a segunda parte referiu-se aos dados dos participantes, considerando os critérios de inclusão e exclusão. E a terceira parte foi o questionário sobre as informações dos diagnósticos/ resultados e intervenções.

5.5.1 Fase I da coleta de dados

Nesta primeira fase, foram validadas as afirmativas de diagnósticos/resultados. A técnica de grupo nominal (TGN) foi realizada trata-se de técnica para desenvolvimento de consenso, que consiste em três estágios: no primeiro, os peritos são convidados para contribuir na elaboração de diretrizes, tópicos. Todas as sugestões são compiladas, e um questionário abrangente e estruturado e submetido ao grupo para sua concordância. Utilizou-se então a porcentagem de concordância. No terceiro estágio, os peritos encontram-se para avaliar as respostas devolvidas e após sua discussão, apresentam concordância ou não. Esta é uma técnica utilizada no setor da saúde e seus primeiros estágios podem ser realizados a distância (Blank, 2009).

Assim, as afirmativas foram construídas baseadas nos possíveis achados em situações clínicas comuns no atendimento à criança de 0 a 3 anos de idade na atenção básica de saúde, com base no uso do instrumento de vigilância do DI da caderneta da criança do Ministério da Saúde. Este instrumento foi escolhido por ser de fácil aplicação e ser preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Almeida, Pinto, Santos, 2008). As situações clínicas possíveis resultantes da avaliação, bem como as afirmativas de diagnósticos/resultados foram então organizadas no formato de questionário. Tais situações compreendem a presença ou ausência de marcos de desenvolvimento esperados para a idade ou para a idade anterior, bem como os riscos para o DI.

As possíveis situações decorrentes da avaliação da criança com a utilização do instrumento de vigilância foram listadas, como diagnósticos/resultados gerais e pelas quatro principais áreas do desenvolvimento, a saber: área motora, adaptativa, pessoal-social e da linguagem. Então, utilizou-se a linguagem da CIPE®, selecionando dentre os termos relacionados ao DI identificados na classificação, os que melhor correspondiam a cada situação para proposição da afirmativa de diagnóstico. A construção do enunciado dos diagnósticos de enfermagem (DE) incluiu, pelo menos, um eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, e foram inclusos outros termos adicionais de qualquer eixo, quando necessário (Rossi, Silva, Scalabrin, 2009).

A seguir, apresenta-se um exemplo de afirmativa de diagnóstico e o contexto para o qual ela foi proposta:

Contexto: “Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para sua faixa etária, mas existem condições identificadas em seu histórico de saúde que podem interferir em seu desenvolvimento, sendo consideradas fatores de risco, como: Problemas na gestação, parto ou nascimento. Peso de nascimento abaixo de 2.500g. Prematuridade (< 37 semanas) Icterícia grave. Hospitalização no período neonatal. Doenças graves, como meningite, traumatismo craniano e convulsões. Parentesco entre os pais.”

Afirmativa de diagnóstico/resultados: Nesse caso, aplica-se o diagnóstico de enfermagem "Risco para desenvolvimento infantil prejudicado".

O referido instrumento de coleta de dados foi submetido à apreciação do grupo de pesquisa e, posteriormente, a um teste piloto para refinamento das afirmativas de diagnósticos/resultados, a estrutura do instrumento, bem como sua interface. Foram avaliados ainda a facilidade de uso e o tempo gasto para responder o total das questões.

Cabia, então, ao especialista responder seu grau de concordância para cada questão. Tal concordância estava colocada em três alternativas de respostas: “concordo”; “concordo parcialmente” e “não concordo”, é um sistema de categorização de respostas utilizado em vários estudos de validação (Rossi, Silva, Scalabrin, 2009).

Em geral, as afirmativas ou termos considerados pertinentes são os aqueles que alcançam concordância maior ou igual a 0,80% ou 80%. As afirmativas com concordância menor que 80% devem ser reavaliadas e revisadas, de acordo com as sugestões dos peritos.

A validação das afirmativas de diagnósticos/resultados seguiu a porcentagem de concordância. É uma forma bem simples de se calcular a concordância entre os peritos, é a medida mais simples de concordância intraobservadores. A grande vantagem desse procedimento é que se tem a informação com um cálculo fácil. Em geral, o pesquisador estabelece qual será a taxa aceitável de concordância, sugere-se de 80% a 90% de concordância (Hulley et al., 2008; Alexandre, Coluci, 2011). Neste estudo foram usados 80% de concordância.

A fórmula utilizada é:

$\% \text{ de concordância} = \frac{\text{nº de participantes que concordaram}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$

Após a análise das respostas dos peritos, as afirmativas de diagnósticos/resultados foram reformuladas, mediante as sugestões dos

sujeitos participantes, novamente, discutidas pelos peritos membros do grupo de pesquisa a qual pertence à pesquisadora.

Havia ainda um espaço onde o sujeito participante poderia expressar sua opinião de forma escrita. Para serem consideradas pertinentes, as afirmativas de diagnósticos deveriam alcançar no mínimo 80% de aprovação. No teste piloto, houve um refinamento para a seleção das afirmativas de diagnósticos, a estrutura do instrumento, bem como sua interface. A facilidade do uso foi avaliada e, novamente, o tempo gasto para responder ao total das questões. O primeiro questionário possuía 28 questões: dez questões relacionadas à caracterização dos participantes e conhecimento prévio sobre as classificações; cinco questões com afirmativas de diagnósticos gerais; 12 questões relacionadas às quatro principais áreas do DI; e uma questão sobre a concordância do informante da necessidade dos diagnósticos para sua prática. Para todas as questões havia três alternativas para resposta: “concordo”, “concordo parcialmente” e “não concordo”. Havia também uma página com agradecimentos que também oferecia um comprovante de participação aos interessados. As respostas para as questões eram excludentes e foi mantido um espaço em cada questão destinado a comentários e sugestões.

5.5.2 Fase II de coleta de dados

A segunda fase seguiu o modelo clássico postulado por Fehring (1987). Optou-se por esse modelo, pois ele possibilita não apenas a validação de cada intervenção proposta, mas também uma classificação ordinal das intervenções, já que há várias intervenções possíveis para cada diagnóstico atribuído.

Em seu modelo, Fehring distingue seis passos essenciais. Inicialmente, deve ser realizada uma revisão de literatura. Na sequência, iniciam-se os passos. O primeiro é a obtenção da opinião dos peritos, por meio de uma escala, na qual se atribuem de 1 (não indicativo) a 5 (muito indicativo), para cada item a ser validado. O segundo passo, constitui-se da

utilização da técnica Delphi, considerada um passo opcional. Na técnica Delphi, após a avaliação dos peritos, surgem sugestões e comentários para a melhor adequação das afirmativas. Assim, estas afirmativas são reformuladas e devolvidas aos peritos para uma nova avaliação, até que se tenha concordância entre os mesmos. O terceiro passo constitui o cálculo da média ponderada das notas para cada afirmativa, atribuindo-se pesos diferentes. Os pesos são predefinidos a cada nota. Sugere-se: 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75; 5=1. O quarto passo ocorre quando as médias são analisadas e são excluídas as afirmativas com valores proporcionais menores que 0,50, ou seja, 50%. O quinto passo, é classificar as afirmativas como maiores para aquelas que obtiverem mais que 0,80, ou 80%, e menores, aquelas obtiverem menos que 0,80, ou seja, menos que 80% na pontuação (Lopes, Silva, Araújo, 2013b)

Galdeano (2002) propõe que as afirmativas com escores acima de 0,80 sejam designadas como primárias e as que obtiveram menos que 0,80, secundárias.

O sexto e último passo consiste na obtenção de um escore total, também chamado de Validação do Conteúdo (VCD), que é dado pela soma das médias ponderadas com mais de 0,5, dividido pelo número total de afirmativas avaliadas. Fehring (1987) considera o VCD maior que 0,60 como adequado (Galdeano, 2002; Chaves, Campos, Hass, 2010; Lopes, 2013b).

Este modelo é considerado modelo tradicional na validação de diagnósticos. Um estudo de revisão evidenciou que 58,3% utilizam o autor, como referência em produções dos programas de pós-graduação no Brasil (Chaves, Carvalho, Rossi, 2008; Lopes, 2013a).

Nesta fase, o questionário continha 12 páginas virtuais. Distribuídos da seguinte forma: uma página com o resumo do projeto; uma página com o TCLE; duas páginas com informações sobre as afirmativas e instruções de preenchimento das questões; 11 questões sobre caracterização dos sujeitos participantes e 18 questões sobre as intervenções dos diagnósticos/resultados validados em fases anteriores. Além de uma página com agradecimento, que oferecia um comprovante de participação para

aqueles que manifestassem interesse, havia um espaço em cada questão destinado a sugestões e comentários (Apêndice A).

Todas as questões descreviam a situação de avaliação do DI que gerou o diagnóstico/resultado e também o diagnóstico/resultado validado. Eram, então, listadas na sequência as intervenções pertinentes a cada diagnóstico/resultado e também as opções de resposta organizadas em uma escala de Likert. Em cada questão, o sujeito participante podia responder quanto à pertinência de cada intervenção com as opções: não necessária; pouco necessária; necessária; muito necessária e muitíssimo necessária. A cada opção foi atribuído um peso: não necessária (0); pouco necessária (0,25); necessária (0,5); muito necessária (0,75) e muitíssimo necessária (1,0). Havia uma média de oito intervenções por questão.

5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A plataforma virtual (Survey Monkey) foi usada, pois possibilita organizar os dados em vários formatos, tais como: relatórios, questionários individuais e também já tabulados em banco de dados no formato do programa Excel 2010. Após a aplicação dos filtros, foram feitos relatórios parciais, e os dados foram analisados em programa de estatística SPSS versão 17.0 e aplicada estatística descritiva (distribuição simples).

5.7 APOIO FINANCEIRO

O presente estudo integra o projeto “Qualificação das práticas do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil integral: conceitos, diagnósticos e intervenções de enfermagem”, que recebeu apoio financeiro em 2012 – FAPESP - Processo 2011/51012-3.

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

As apreciações dos diagnósticos/resultados e intervenções serão apresentadas de acordo com cada fase de sua validação, pela técnica escolhida. Cada uma das fases apresentou características e resultados diferentes e estão descritas em ordem cronológica.

Fase I – validação dos diagnósticos

Esta primeira fase teve início com o aceite de 74 peritos, porém, somente 51 atendiam aos critérios de inclusão e haviam respondido a todas as questões. O tempo médio gasto para responder ao questionário foi de, aproximadamente, 13 minutos.

A maioria dos peritos era do gênero feminino (92,2%) e (7,8%) eram do masculino. Graduaram-se em instituições: pública (72,5%); privada (25,5%) e outras (2,0%). Quanto ao uso das classificações de enfermagem, 78,4 % responderam já terem utilizado alguma classificação, e (21,6%) não. Dentre os peritos que já utilizaram alguma classificação, 95,1% responderam que empregaram a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 22,0% a CIPE e outras 12,2%.Em relação ao tempo de trabalho envolvendo crianças, seja na assistência, ensino, ou pesquisa, a maioria dos peritos tinha de 5 a 10 anos (41,2%). Quanto ao tempo de formado, os peritos com mais de 20 anos de formação representaram 39,2%, seguidos daqueles com formação de 10 até 20 anos (35,3%). Com tempo de formação de 5 a 10 anos, foram 25,5% dos peritos.

Tabela 6.1- Distribuição dos peritos, conforme área de atuação. São Paulo, 2013.

Ensino			Pesquisa		Total
			Sim	Não	
Sim	Assistência	Sim	11	3	14
			29,7	8,1%	37,8%
		Não	22	1	23
			59,5	2,7%	62,2
	Total	33	4	37	
		89,2%	10,8%	100,0%	
Não	Assistência	Sim	3	10	13
			21,4%	71,4%	92,9
		Não	1	0	1
			7,1	0,0%	7,1
	Total	4	10	14	
		28,6%	71,4%	100,0%	

p=0,42

Tabela 6.2 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área da assistência. São Paulo, 2013.

Classificação e área da assistência: São Paulo, 2018:				
		Já utilizou classificação		
		Sim	Não	Total
Assistência	Sim	20	7	27
		39,2%	13,7%	52,9%
	Não	20	4	24
		39,2%	7,8%	47,1%
Total		40	11	51
		78,4%	21,6%	100,0%

p =0,422

Podemos dizer que, entre os enfermeiros que trabalham na assistência, a maioria já usou alguma classificação em sua prática e também que não há diferença em ser enfermeiro da assistência no uso da classificação.

Tabela 6.3 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área da pesquisa. São Paulo, 2013.

Classificação e área da pesquisa: São Paulo, 2019:				
		Já utilizou classificação		Total
		Sim	Não	
Pesquisa	Sim	32	5	37
		62,7%	9,8%	72,5%
	Não	8	6	14
		15,7%	11,8%	27,5%
Total		40	11	51
		78,4%	21,6%	100,0%

p = 0,023

Os enfermeiros que trabalham na área da pesquisa utilizam mais a classificação do que aqueles que não trabalham.

Tabela 6.4 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto ao uso da classificação e área do ensino. São Paulo, 2013.

		Já utilizou classificação		Total
		Sim	Não	
Ensino	Sim	33	4	37
		64,7%	7,8%	72,5%
	Não	7	7	14
		13,7%	13,7%	27,5%
Total		40	11	51
		78,4%	21,6%	100,0%

p= 0,002

Os enfermeiros que trabalham na área do ensino utilizaram mais a classificação do que aqueles que não trabalharam na referida área, assim, p=0,002 indica que há associação entre trabalhar no ensino e ter utilizado a classificação.

Tabela 6.5 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tempo de formação. São Paulo, 2013

		Já Usou Classificação		Total
		Sim	Não	
Tempo Formação	De 5 a 10 anos	10	3	13
		19,6%	5,9%	25,5%
	De 10 a 20 anos	14	4	18
		27,5%	7,8%	35,3%
	Mais de 20 anos	16	4	20
		31,4%	7,8%	39,2%
Total		40	11	51
		78,4%	21,6%	100,0%

p=0,97

Verifica-se que não há relação entre o tempo de formação com o uso de classificação.

Tabela 6.6 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tipo de instituição de formação. São Paulo, 2013

		Já utilizou classificação		Total
		Sim	Não	
Instituição	Pública	29	8	37
		56,9%	15,7%	72,5%
	Privada	10	3	13
		19,6%	5,9%	25,5%
	Outras	1	0	1
		2,0%	0,0%	2,0%
Total		40	11	51
		78,4%	21,6%	100,0%

p= 0,913

Nesta amostra parece não haver relação entre o tipo de instituição (se pública ou privada) em relação ao uso da classificação em sua prática profissional, isto é, a maioria dos sujeitos participantes já utilizou uma classificação em sua prática profissional, independente de que tipo de instituição foi sua formação como enfermeiro.

Avaliação das afirmativas de diagnósticos/resultados

As afirmativas de diagnósticos/resultados que foram construídas conforme anteriormente descrito e apresentadas aos peritos nesta primeira fase estão listadas a seguir.

Lista dos Diagnósticos Elaborados

Diagnósticos Gerais

Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental

Preocupação presente com a criança

Desenvolvimento infantil eficaz

Risco para desenvolvimento infantil prejudicado

Desenvolvimento Infantil prejudicado

Diagnósticos por Áreas

Motora

Atividade psicomotora normal

Risco para atividade psicomotora prejudicada

Atividade psicomotora anormal

Linguagem

Habilidade eficaz para comunicar-se

Risco para comunicação prejudicada

Comunicação atrasada

Pessoal-Social

Comportamento infantil organizado

Risco para comportamento infantil desorganizado

Comportamento infantil atrasado

Adaptativa

Aprendizagem cognitiva eficaz

Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada

Aprendizagem cognitiva prejudicada

Os resultados das avaliações dos peritos estão descritos nas tabelas 6.7 a 6.11. Observa-se que houve grande concordância e concordância parcial já na primeira apreciação dos diagnósticos propostos.

Diagnósticos Gerais

Tabela 6.7 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados gerais da Primeira Fase. São Paulo, 2013.

Diagnóstico	Concorda		Concorda Parcialmente		Discorda	
	N	%	N	%	N	%
Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental	43	84.3	7	13.1	1	2.0
Preocupação presente com a criança	32	62.7	9	17.6	10	19.6
Desenvolvimento infantil eficaz	44	86.3	6	11.8	1	2.0
Risco para desenvolvimento infantil prejudicado	46	90.2	3	5.9	2	3.9
Desenvolvimento Infantil prejudicado	39	76,5	7	13,7	5	9,8

Tabela 6.8 - Distribuição das respostas dos peritos quanto a concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Motora. São Paulo, 2013.

Diagnóstico	Concorda		Concorda Parcialmente		Discorda	
	N	%	N	%	N	%
Atividade psicomotora normal	33	64,7	14	27,5	04	7,8
Risco para atividade psicomotora prejudicada	42	82,4	06	11,8	03	5,9
Atividade psicomotora anormal	21	41,2	18	35,3	12	23,5

Tabela 6.9 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/ resultado da Primeira Fase - Diagnósticos da Área da Linguagem. São Paulo, 2013.

Diagnóstico	Concorda		Concorda Parcialmente		Discorda	
	N	%	N	%	N	%
Habilidade eficaz para comunicar-se	45	88,3	05	9,8	01	2,0
Risco para comunicação prejudicada	41	80,4	07	13,7	03	5,9
Comunicação atrasada	27	52,9	16	31,4	08	15,7

Tabela 6.10 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Adaptativa. São Paulo, 2013.

Diagnóstico	Concorda		Concorda Parcialmente		Discorda	
	N	%	N	%	N	%
Aprendizagem cognitiva eficaz	27	52,9	16	31,4	08	15,7
Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada	44	86,3	06	11,8	01	2,0
Aprendizagem cognitiva prejudicada	46	90,2	4	7,8	01	2,0

Tabela 6.11 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à concordância com os diagnósticos/resultados da Primeira Fase - Diagnósticos da Área Pessoal-Social. São Paulo, 2013.

Diagnóstico	Concorda		Concordo Parcialmente		Discorda	
	N	%	N	%	N	%
Comportamento infantil organizado	39	76,5	06	11,8	06	11,8
Risco para comportamento infantil desorganizado	34	66,7	12	23,5	05	9,8
Comportamento infantil atrasado	35	68,6	09	17,6	07	13,7

Após a análise dos resultados desta primeira fase da validação, verificou-se que todas as afirmativas de diagnósticos/resultados obtiveram mais de 80% de concordância, considerando o somatório entre a concordância total e concordância parcial, com discordância inferior a 20%, exceto a afirmativa que continha o termo julgamento “anormal”, que teve discordância de 23,5% (Tabela 6.8).

Optou-se por considerar validadas aquelas que receberam 80% de concordância total e as demais, em um total de nove afirmativas de diagnósticos, foram revisadas, de acordo com os comentários e sugestões dos peritos e depois submetidas à nova avaliação. Conforme indicado pela técnica TGN, os diagnósticos/resultados não validados na primeira fase devem ser submetidos à nova avaliação pelos peritos.

Por se tratar de mudanças bem pontuais e por não terem sido rejeitadas na primeira apreciação, as afirmativas revisadas foram apreciadas por um grupo menor, composto de oito peritos experientes que participam ativamente no grupo de pesquisa Cuidado à Saúde Infantil da Universidade

de São Paulo. Realizou-se a atividade em grupo, com discussão até a obtenção de consenso.

Em geral, quando houve rejeição das afirmativas, ou mesmo, concordância parcial, conforme os comentários dos peritos, esta estava relacionada à escolha dos termos. Verificou-se que isso ocorreu, sobretudo, porque os termos utilizados em sua grande maioria são termos da CIPE® que, embora seja uma classificação internacional e abranja termos já validados, ainda é pouco conhecida pelos enfermeiros no Brasil.

Os dados do Quadro 6.1, a seguir, apresentam as afirmativas que não obtiveram 80% de concordância na primeira apreciação, as reformulações sugeridas e analisadas pelo grupo e as afirmativas aprovadas.

Quadro 6.1 - Quadro com a avaliação dos peritos para a reformulação das afirmativas.

(continua)

Diagnósticos com menos de 80% de concordância na primeira apreciação	Comentários	Análise do grupo	Diagnósticos reformulados
Preocupação presente com a criança	O uso da palavra “preocupação” foi considerada inadequado, pois nem sempre os pais detectam alguma alteração estão preocupados, podem estar apenas atentos a seus filhos.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo julgamento	Atenção do cuidador
Desenvolvimento Infantil prejudicado	Os peritos discordaram que as características descritas no instrumento de vigilância do DI do Ministério da Saúde podem ser associadas com um provável atraso, como sugere a caderneta.	O grupo considerou que, uma vez que a criança apresenta as características descritas no instrumento de vigilância do DI do Ministério da Saúde, sua chance será maior de um atraso no DI que aquela que apresenta somente os fatores de risco também descritos na caderneta e associados neste estudo ao diagnóstico de “Risco para o desenvolvimento infantil prejudicado”. Optando por manter afirmativa de diagnóstico.	Desenvolvimento Infantil prejudicado
Atividade psicomotora normal	O termo julgamento “normal” que conta na CIPE® não se aplica ao desenvolvimento infantil, porque não há um padrão único de desenvolvimento infantil, conforme já exposto anteriormente neste estudo.	Modificar a afirmativa, utilizando outro termo julgamento.	Atividade psicomotora eficaz

(continuação)

Diagnósticos com menos de 80% de concordância na primeira apreciação	Comentários	Análise do grupo	Diagnósticos reformulados
Atividade psicomotora anormal	Rejeição ao termo “anormal” pois: “não há um padrão de desenvolvimento único para todas as crianças”; “é preciso respeitar sempre a individualidade do desenvolvimento infantil”; “atualmente, os padrões de normalidade aceitos são bastante flexíveis e não devem ser instituídos com uma simples avaliação de marcos do desenvolvimento”; “há que se fazer vários momentos e formas de avaliação”.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo julgamento.	Atividade psicomotora prejudicada
Habilidade eficaz para comunicar-se	Os peritos compreenderam o diagnóstico testado, porém sugeriram outros termos.	Manter a afirmativa de diagnóstico/resultado, porque a maioria dos peritos compreendeu o diagnóstico.	Habilidade eficaz para comunicar-se
Comunicação atrasada	O termo julgamento “atrasada” foi considerado inadequado pelos peritos.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo julgamento	Comunicação prejudicada
Comportamento infantil organizado	O termo comportamento foi considerado muito amplo, para ser avaliado com um instrumento simples como o utilizado neste estudo. O termo julgamento “organizado” também.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo foco e outro termo julgamento.	Habilidade pessoal-social eficaz
Risco para comportamento infantil desorganizado	Termo julgamento inadequado.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo julgamento	Risco para habilidade pessoal-social prejudicada
Comportamento infantil atrasado	Termo julgamento inadequado.	Modificar a afirmativa utilizando outro termo julgamento	Habilidade pessoal-social prejudicada

(conclusão)

A grande maioria dos peritos (96,1%) considerou os diagnósticos sugeridos necessários, adequados e suficientes para subsidiar a avaliação da criança menor de 3 anos de idade, utilizando o instrumento de vigilância do desenvolvimento do Ministério da Saúde, durante os atendimentos do (a) enfermeiro (a) na rede básica de saúde.

Lista de Diagnósticos/Resultados validados

Diagnósticos /Resultados Gerais

Desenvolvimento infantil eficaz

Risco para desenvolvimento infantil prejudicado

Desenvolvimento infantil prejudicado

Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental

Atenção do cuidador

Área Motora

Atividade psicomotora eficaz

Risco para atividade psicomotora prejudicada

Atividade psicomotora prejudicada

Área da Linguagem

Habilidade eficaz para comunicar- se

Risco para comunicação prejudicada

Comunicação prejudicada

Área Adaptativa

Aprendizagem cognitiva eficaz

Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada

Aprendizagem cognitiva prejudicada

Área Pessoal Social

Habilidade pessoal social eficaz

Risco para habilidade pessoal social prejudicada

Habilidade pessoal social prejudicada

Fase II

A fase II contou com a contribuição de 39 peritos considerados aptos, e seis responderam apenas à parte do questionário destinada a caracterização dos sujeitos participantes (dados sobre escolaridade, gênero, tempo de formação, etc.). Restando 33 sujeitos participantes que responderam a todas as perguntas e apenas um respondeu parcialmente às questões.

Nesta fase a maioria dos sujeitos participantes foi do gênero feminino (88,2%) e concluiu sua graduação em instituição pública (85,3%); 47,1% tinham entre 10 e 20 anos de formados. A maior titulação referida pelos sujeitos participantes foi: graduação (2,9%); especialização (26,5%); mestrado (23,5%); doutorado (38,2%) e pós-doutorado (8,8%). A maioria já tinha utilizado algum tipo de classificação de enfermagem (88,2%), e, desses, 60% mencionaram já ter utilizado em sua prática a NANDA, 3,3% a CIPE® (3,3%) e 36,6% ambas as classificações. Foram ainda citados outros conjuntos de termos.

Em relação à região geográfica do País a que pertenciam os sujeitos participantes, a maioria trabalhava na região Sudeste.

Tabela 6.12 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à área de atuação. São Paulo, 2013.

Ensino			Pesquisa		Total
Sim	Assistência	Sim	7	1	8
			28,0%	4,0%	32,0%
	Não	17	0	17	
		68,0%	0,0%	68,0%	
	Total	24	1	25	
		96,0%	4,0%	100,0%	
Não	Assistência	Sim	1	7	8
			11,1%	77,8%	88,9%
	Não	0	1	1	
		0,0%	11,1%	11,1%	
	Total	1	8	9	
		11,1%	88,9	100,0%	

A maioria dos sujeitos participantes trabalha com ensino e pesquisa (68%), seguida daqueles que trabalham ensino, pesquisa e assistência (28,0%). Não houve sujeitos participantes que atuavam apenas na pesquisa ou apenas no ensino.

Tabela 6.13 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área da assistência. São Paulo, 2013.

		Já usou classificação		Total
		Sim	Não	
Assistência	Sim	12	4	16
		35,3%	11,8%	47,1%
	Não	18	0	18
		52,9%	0,0%	52,9%
Total		30	4	34
		88,2%	11,8%	100,0%

p = 0,24

Tabela 6.14 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área da pesquisa. São Paulo, 2013.

		Já usou classificação		Total
		Sim	Não	
Pesquisa	Sim	25	0	25
		73,5%	0,0%	73,5%
	Não	5	4	9
		14,7%	11,8%	26,5%
Total		30	4	34
		88,2%	11,8%	100,0%

p <0,001

Tabela 6.15 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e área do ensino. São Paulo, 2013.

		Já usou classificação		Total
		Sim	Não	
Ensino	Sim	25	0	25
		100,0%	,0%	100,0%
	Não	5	4	9
		55,6%	44,4%	100,0%
Total		30	4	34
		88,2%	11,8%	100,0%

p <0,001

Tabela 6.16 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tempo de formação. São Paulo, 2013.

		Já usou classificação		Total
		Sim	Não	
Tempo de Formação	De 5 a 10 anos	7	0	7
		20,6%	0,0%	20,6%
	De 10 a 20 anos	12	4	16
		35,3%	11,8%	47,1%
	Mais de 20 anos	11	0	11
		32,4%	0,0%	32,4%
Total		30	4	34
		88,2%	11,8%	100,0%

p=0,078

Tabela 6.17 - Distribuição das respostas dos peritos quanto ao uso da classificação e tipo de instituição de formação. São Paulo, 2013.

		Já usou classificação		Total
		Sim	Não	
Instituição	Pública	26	3	29
		76,5%	8,8%	85,3%
	Privada	4	1	5
		11,8%	2,9%	14,7%
Total		30	4	34
		88,2%	11,8%	100,0%

p =0,536

Quanto às intervenções, testou-se o escore era estatisticamente significativo, 0,80% ou não. Nos testes significativos ($p < 0,05$), destacados com um asterisco nas tabelas, há indícios de que houve discordância na necessidade de se fazer aquela intervenção para aquele diagnóstico.

Os dados das tabelas abaixo mostram as respostas dos peritos na fase II.

Tabela 6.18 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	Valor-p
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	0	0	4	7	23	34	0,890	0,9972
Avaliar a capacidade do cuidador para cuidar da criança	0	0	3	11	20	34	0,875	0,9937
Motivar a mãe a estimular o DI	0	0	6	6	22	34	0,868	0,9733
Apoiar a família	0	1	3	10	20	34	0,860	0,9586
Garantir a continuidade do cuidado	0	1	4	10	19	34	0,846	0,8989
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	1	0	4	9	20	34	0,846	0,8715
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	1	0	5	10	18	34	0,824	0,7187
Estimular a participação em rede de apoio	0	2	3	12	17	34	0,824	0,7334
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	0	7	10	17	34	0,824	0,7516
Monitorar a estrutura e os papéis familiares	0	1	5	12	16	34	0,816	0,6742
Estimular a parentalidade eficaz	0	3	4	9	18	34	0,809	0,5820
Elogiar a mãe/cuidador	1	0	8	8	17	34	0,794	0,4458

Tabela 6.19 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Atenção do cuidador com o desenvolvimento infantil. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	Valor p
Escutar o cuidador	0	0	5	5	24	34	0,890	0,9958
Documentar informações sobre a criança	0	0	3	11	20	34	0,875	0,9937
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	1	4	8	21	34	0,860	0,9514
Informar o resultado da avaliação	1	0	5	8	20	34	0,838	0,8227
Aplicar o instrumento de avaliação do DI	0	1	8	8	17	34	0,801	0,5149
Elogiar a mãe/cuidador	1	1	8	6	18	34	0,787	0,3881
Rever o histórico de saúde	2	0	5	11	16	34	0,787	0,3881
Encaminhar para avaliação especializada	3	0	6	9	16	34	0,757	0,2100
*Investigar o risco genético	2	1	13	7	11	34	0,676	0,0083

*O valor de $p=0,008$ indica que há indícios de discordância na necessidade de se fazer a intervenção para uso diagnóstico.

Tabela 6.20 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Desenvolvimento infantil eficaz. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Elogiar a mãe/cuidador	0	0	8	6	20	34	0,838	0,8495
Informar à mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	0	0	8	9	17	34	0,816	0,6742
Informar à mãe/cuidador sobre a importância do brincar para a criança	0	1	8	7	18	34	0,809	0,5875
Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança	0	1	8	8	17	34	0,801	0,5149
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	13	7	14	34	0,757	0,1396
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	1	1	10	7	15	34	0,750	0,1425

Tabela 6.21 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para desenvolvimento infantil prejudicado. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Informar à mãe/cuidador o resultado da avaliação	0	0	0	11	23	34	0,919	1,0000
Reforçar a importância do brincar para o DI	0	0	1	9	24	34	0,919	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	0	0	1	10	23	34	0,912	1,0000
Motivar a mãe a estimular o DI	0	0	2	10	22	34	0,897	0,9996
Promover ambiente seguro e estimulante à criança	0	0	2	12	20	34	0,882	0,9982
Garantir a continuidade do cuidado	0	0	2	12	20	34	0,882	0,9982
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	3	10	21	34	0,882	0,9967
Monitorar a estrutura e os papéis familiares	0	0	3	13	18	34	0,860	0,9796
Identificar risco genético	1	2	5	13	12	33	0,750	0,1367

Tabela 6.22 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Desenvolvimento infantil prejudicado. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Estimular o cuidador a promover o DI	0	0	2	5	27	34	0,934	1,0000
Promover o ambiente seguro e estimulante para a criança	0	0	2	7	25	34	0,919	1,0000
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	4	3	27	34	0,919	0,9999
Informar o resultado da avaliação	0	0	4	5	25	34	0,904	0,9993
Reforçar a importância do brincar para o DI	0	1	2	6	25	34	0,904	0,9988
Garantir o acesso ao tratamento	1	0	3	4	26	34	0,897	0,9920
Avalia o vínculo entre pais/cuidadores com a criança	0	0	4	7	23	34	0,890	0,9972
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	0	4	7	23	34	0,890	0,9972
Encaminhar para avaliação especializada	0	0	5	6	23	34	0,882	0,9925
Monitorar a estrutura e os papéis familiares	0	2	4	5	23	34	0,860	0,9305

Tabela 6.23 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Atividade psicomotora eficaz. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Elogiar a mãe/cuidador	0	0	7	8	19	34	0,838	0,8599
Reforçar a importância do brincar para o DI	0	1	7	7	19	34	0,824	0,7257
Promover ambiente seguro e estimulante à criança	0	0	7	10	16	33	0,818	0,6972
Informar o resultado da avaliação do DI	0	0	8	9	17	34	0,816	0,6742
Estimular a promoção do DI	0	3	6	8	16	33	0,780	0,3306
Planejar o novo agendamento para a avaliação do DI	1	0	11	8	14	34	0,750	0,1294
*Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	1	1	11	9	12	34	0,721	0,0417

Tabela 6.24 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para atividade psicomotora prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Ensinar o cuidador sobre a movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras, de acordo com a idade	0	0	0	10	24	34	0,926	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	0	0	1	9	24	34	0,919	1,0000
Orientar mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora, de acordo com a idade da criança	0	0	0	11	23	34	0,919	1,0000
Apoiar o cuidador/pais	0	0	1	10	23	34	0,912	1,0000
Motivar a mãe a estimular o DI	0	0	1	11	22	34	0,904	0,9999
Promover ambiente seguro e estimulante à criança	0	0	1	12	21	34	0,897	0,9999
Informar o resultado da avaliação	0	0	2	11	21	34	0,890	0,9991
Verificar as capacidades da criança para realizar as funções neuropsicomotoras	0	0	3	9	22	34	0,890	0,9984
Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio	0	0	1	13	20	34	0,890	0,9996
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	0	0	1	13	20	34	0,890	0,9996
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	2	12	20	34	0,882	0,9982

Tabela 6.25 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Atividade psicomotora prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Ensinar o cuidador sobre movimentação e o posicionamento da criança para estimular as funções motoras	0	0	2	1	31	34	0,963	1,0000
Orientar o cuidador a realizar movimentos de estimulação motora, de acordo com a idade da criança	0	0	0	6	28	34	0,956	1,0000
Motivar a mãe a estimular o DI	0	0	0	7	27	34	0,949	1,0000
Informar o resultado da avaliação	0	0	1	6	27	34	0,941	1,0000
Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio	0	1	1	3	29	34	0,941	1,0000
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	3	3	28	34	0,934	1,0000
Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente com segurança	1	0	1	4	28	34	0,926	0,9996
Encaminhar para avaliação especializada	0	0	3	4	27	34	0,926	1,0000
Reforçar com a mãe/cuidador a estimular a criança	1	0	0	7	26	34	0,919	0,9995
Apoiar o cuidador/pais	0	0	2	7	25	34	0,919	1,0000
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	1	0	2	4	27	34	0,912	0,9979

Tabela 6.26 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Habilidades eficazes para comunicar-se. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Elogiar a mãe/cuidador	0	1	9	5	19	34	0,809	0,5846
Informar resultado da avaliação	0	0	11	7	16	34	0,787	0,3658
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	1	0	13	7	13	34	0,728	0,0554
*Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	1	1	12	8	12	34	0,713	0,0311

Tabela 6.27 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para comunicação prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Orientar o cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança	0	0	0	11	23	34	0,919	1,0000
Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança, de acordo com a idade.	0	0	0	11	23	34	0,919	1,0000
Orientar o cuidador a oferecer as atividades de interesse da criança que utilizem linguagem, de acordo com faixa etária	0	0	0	12	22	34	0,912	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança	0	0	1	11	22	34	0,904	0,9999
Motivar a mãe a estimular o diálogo com a criança	0	0	2	9	23	34	0,904	0,9998
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	2	9	23	34	0,904	0,9998
Informar a mãe/cuidador sobre resultado da avaliação	0	0	1	12	21	34	0,897	0,9999
Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com a faixa etária	0	1	1	10	22	34	0,890	0,9972
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	0	2	11	21	34	0,890	0,9991
Apoiar o cuidador	0	1	1	11	21	34	0,882	0,9948
Incluir as pessoas, as equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança	0	0	3	10	21	34	0,882	0,9967

Tabela 6.28 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Comunicação prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança	0	0	0	4	30	34	0,971	1,0000
Orientar cuidador a oferecer atividades do interesse da criança, que utilizem linguagem, de acordo com a faixa etária	0	0	0	4	30	34	0,971	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança	0	0	1	4	29	34	0,956	1,0000
Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com a faixa etária	0	0	2	2	30	34	0,956	1,0000
Informar mãe/cuidador sobre resultado de avaliação	0	0	1	6	27	34	0,941	1,0000
Apoiar cuidador	0	0	1	6	27	34	0,941	1,0000
Encaminhar para avaliação especializada	0	1	1	3	29	34	0,941	1,0000
Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança, de acordo com a idade.	1	0	1	3	29	34	0,934	0,9998
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	0	3	3	28	34	0,934	1,0000
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	3	3	28	34	0,934	1,0000
Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança	0	1	1	7	25	34	0,912	0,9997
Garantir acesso ao tratamento	1	0	2	5	26	34	0,904	0,9963
Informar o cuidador sobre as redes de apoio	0	0	4	6	24	34	0,897	0,9986

Tabela 6.29 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Aprendizagem cognitiva eficaz. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Informar o resultado da avaliação	0	0	6	12	16	34	0,824	0,7624
Elogiar a mãe/cuidador	0	1	7	7	19	34	0,824	0,7257
Reforçar a importância da brincadeira para a criança	0	0	7	10	17	34	0,824	0,7516
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	1	0	10	9	14	34	0,757	0,1635
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	1	2	10	6	15	34	0,735	0,0948

Tabela 6.30 - Tabela 6.30: Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Informar para mãe/cuidador resultado da avaliação	0	0	1	11	22	34	0,904	0,9999
Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança	0	0	0	9	25	34	0,934	1,0000
Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança	0	0	0	8	26	34	0,941	1,0000
Estimular a família a permitir a independência da criança	0	0	1	9	24	34	0,919	1,0000
Apoiar a família	0	0	3	9	22	34	0,890	0,9984
Promover o vínculo da criança com o cuidador	0	0	2	11	21	34	0,890	0,9991
Observar a dinâmica familiar	0	0	3	11	20	34	0,875	0,9937
Promover ambiente seguro e estimulante à criança	0	0	1	10	23	34	0,912	1,0000
Orientar cuidador a transmitir segurança à criança	0	0	1	14	19	34	0,882	0,9991
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	0	0	2	12	20	34	0,882	0,9982
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	2	9	23	34	0,904	0,9998

Tabela 6.31 - Distribuição das respostas dos peritos quanto á adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Aprendizagem cognitiva prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança	0	0	0	5	29	34	0,963	1,0000
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	0	0	1	4	29	34	0,956	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança	0	0	0	6	28	34	0,956	1,0000
Promover ambiente seguro e estimulante à para a criança	0	0	1	5	28	34	0,949	1,0000
Estimular a família a permitir a independência da criança	0	0	1	6	27	34	0,941	1,0000
Apoiar a família	0	0	1	6	27	34	0,941	1,0000
Promover o vínculo da criança com o cuidador	0	0	2	5	27	34	0,934	1,0000
Orientar o cuidador a transmitir segurança à criança	0	0	2	5	27	34	0,934	1,0000
Estimular a participação da família em rede de apoio	0	1	1	5	27	34	0,926	0,9999
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	3	4	27	34	0,926	1,0000
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	0	3	5	26	34	0,919	0,9999
Encaminhar para avaliação especializada	0	1	2	4	27	34	0,919	0,9997
Observar a dinâmica familiar	0	0	3	7	24	34	0,904	0,9996
Garantir acesso ao tratamento	1	0	2	5	26	34	0,904	0,9963

Tabela 6.32 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Habilidade pessoal-social eficaz. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Elogiar a mãe/cuidador	0	0	9	7	18	34	0,816	0,6675
Motivar a mãe a continuar a estimular o DI	0	0	9	7	18	34	0,816	0,6675
Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	0	0	10	8	16	34	0,794	0,4378
Planejar novo agendamento à avaliação do DI	1	0	11	8	14	34	0,750	0,1294
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	1	1	11	7	14	34	0,735	0,0842

Tabela 6.33 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultado Risco para habilidade pessoal-social prejudicada. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Informar a mãe/cuidador sobre os resultados da avaliação	0	0	3	10	21	34	0,882	0,9967
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar	0	0	3	8	23	34	0,897	0,9992
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador sobre DI	0	1	4	8	21	34	0,860	0,9514
Encorajar os pais a propiciarem brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.	0	0	4	8	22	34	0,882	0,9948
Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança	0	0	2	10	22	34	0,897	0,9996
Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente de forma segura	0	1	3	10	20	34	0,860	0,9586
Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem	0	0	2	9	23	34	0,904	0,9998
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	4	10	20	34	0,868	0,9838

Tabela 6.34 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação das intervenções relacionadas ao diagnóstico/resultados Habilidades pessoais-sociais prejudicadas. São Paulo, 2013.

Opções de resposta	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Muitíssimo necessária	Contagem de respostas	Escore	valor p
Reforçar a mãe/cuidador sobre a importância de estimular a criança	0	0	0	4	30	34	0,971	1,0000
Motivar a mãe a estimular o DI	0	0	0	5	29	34	0,963	1,0000
Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança	0	0	0	5	29	34	0,963	1,0000
Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem	0	0	2	2	30	34	0,956	1,0000
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	0	0	1	5	28	34	0,949	1,0000
Promover ambiente seguro e estimulante à criança	0	0	0	7	27	34	0,949	1,0000
Estimular cuidador a participar de rede de apoio	0	1	1	2	30	34	0,949	1,0000
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar	0	1	0	6	27	34	0,934	1,0000
Encorajar os pais a propiciarem brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.	1	0	0	5	28	34	0,934	0,9999
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	0	0	3	4	27	34	0,926	1,0000
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	0	1	3	2	28	34	0,919	0,9995
Encaminhar para avaliação especializada	0	1	2	4	27	34	0,919	0,9997
Estabelecer uma rotina social à criança	0	1	2	5	26	34	0,912	0,9994
Garantir acesso ao tratamento	1	0	3	3	27	34	0,904	0,9951

Após a avaliação dos peritos, permaneceram os diagnósticos/resultados e suas intervenções listadas abaixo. Os diagnósticos/resultados estão organizados em diagnósticos/resultados gerais e depois segundo área do DI. As intervenções estão ordenadas, conforme sua prioridade, de acordo com as respostas dos peritos.

Lista de Diagnósticos/Resultados e suas respectivas Intervenções Validadas

Diagnósticos/Resultados Gerais

DE: Desenvolvimento infantil eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Informar a mãe/cuidador sobre a importância do brincar à criança

Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para desenvolvimento infantil prejudicado

Intervenções:

Informar a mãe/cuidador o resultado da avaliação

Reforçar a importância do brincar para o DI

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Promover ambiente seguro e estimulante à criança

Garantir continuidade do cuidado

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Monitorar estrutura e os papéis familiares

Identificar risco genético

DE: Desenvolvimento infantil prejudicado

Intervenções:

Estimular o cuidador a promover o DI
Promover o ambiente seguro e estimulante à criança
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Informar o resultado da avaliação
Reforçar a importância do brincar para o DI
Garantir acesso ao tratamento
Avaliar o vínculo entre pais/cuidadores com a criança
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador
Encaminhar para avaliação especializada
Monitorar a estrutura e os papéis familiares

DE: Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental

Intervenções:

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança
Avaliar a capacidade do cuidador para cuidar da criança
Motivar a mãe a estimular o DI
Apoiar a família
Garantir a continuidade do cuidado
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Informar à mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação
Estimular a participação em rede de apoio
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador
Monitorar a estrutura e os papéis familiares
Estimular a parentalidade eficaz
Elogiar a mãe/cuidador

DE: Atenção do cuidador

Intervenções:

Escutar o cuidador
Documentar as informações sobre a criança
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Informar o resultado da avaliação
Aplicar o instrumento de avaliação do DI
Elogiar a mãe/cuidador
Rever o histórico de saúde
Encaminhar para avaliação especializada
Investigar o risco genético

Área Motora

DE: Atividade psicomotora eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador
Reforçar a importância do brincar para o DI
Promover o ambiente seguro e estimulante à criança
Informar resultado da avaliação do DI
Estimular a promoção do DI
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para atividade psicomotora prejudicada

Intervenções:

Ensinar o cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras, de acordo com a idade
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança
Orientar a mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora, de acordo com a idade da criança
Apoiar o cuidador/pais
Motivar a mãe a estimular o DI
Promover ambiente seguro e estimulante à criança
Informar o resultado da avaliação
Verificar as capacidades da criança para realizar funções neuropsicomotoras
Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio
Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Atividade psicomotora prejudicada

Intervenções:

Ensinar o cuidador sobre movimentação e o posicionamento da criança para estimular as funções motoras

Orientar o cuidador a realizar movimentos de estimulação motora, de acordo com a idade da criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Informar o resultado da avaliação

Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente com segurança

Encaminhar para avaliação especializada

Reforçar com a mãe/cuidador a estimular a criança

Apoiar o cuidador/pais

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Área da Linguagem

DE: Habilidade eficaz para comunicar- se

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Informar o resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer as informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para comunicação prejudicada

Intervenções:

Orientar o cuidador a criar oportunidades de comunicação à criança

Orientar o cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança, de acordo com a idade.

Orientar o cuidador a oferecer atividades de interesse da criança que utilizem linguagem, de acordo com faixa etária

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança

Motivar a mãe a estimular o diálogo com a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com a faixa etária

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Apoiar o cuidador

Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança.

Elogiar a mãe/cuidador

Informar o resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer as informações antecipadas sobre as características do D

DE: Comunicação prejudicada

Intervenções:

Orientar o cuidador a criar oportunidades de comunicação à criança

Orientar o cuidador a oferecer atividades do interesse da criança, que utilizem a linguagem, de acordo com a faixa etária.

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança

Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com a faixa etária.

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado de avaliação

Apoiar o cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Orientar o cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança, de acordo com a idade.

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança.

Garantir o acesso ao tratamento

Informar o cuidador sobre redes de apoio

Área Adaptativa

DE: Aprendizagem cognitiva eficaz

Intervenções:

Informar o resultado da avaliação

Elogiar a mãe/cuidador

Reforçar a importância da brincadeira à criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer as informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada

Intervenções:

Informar à mãe/cuidador resultado da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança

Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança

Estimular a família a permitir a independência da criança

Apoiar a família

Promover o vínculo da criança com o cuidador

Observar a dinâmica familiar

Promover ambiente seguro e estimulante à criança

Orientar o cuidador a transmitir segurança à criança

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Aprendizagem cognitiva prejudicada

Intervenções:

Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança

Promover o ambiente seguro e estimulante à criança

Estimular a família a permitir a independência da criança

Apoiar a família

Promover o vínculo da criança com o cuidador

Orientar o cuidador a transmitir segurança à criança

Estimular a participação da família em rede de apoio

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Observar a dinâmica familiar

Garantir acesso ao tratamento

Área Pessoal Social

DE: Habilidade pessoal social eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Motivar a mãe a continuar a estimular o DI

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer as informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para habilidade pessoal social prejudicada

Intervenções:

Informar a mãe/cuidador sobre os resultados da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador sobre DI

Encorajar os pais a propiciar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.

Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança

Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente de forma segura

Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Habilidade pessoal social prejudicada

Intervenções:

Reforçar a mãe/cuidador sobre a importância de estimular a criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança

Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Promover ambiente seguro e estimulante á criança

Estimular o cuidador a participar de rede de apoio

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar

Encorajar os pais a propiciarem brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Estabelecer uma rotina social à criança

Garantir o acesso ao tratamento

Como proposto nos objetivos específicos, foram localizados na CIPE® os termos utilizados na construção das afirmativas de diagnósticos/resultados do catálogo proposto. E também outros termos que podem ser pertinentes ao acompanhamento do DI em crianças de 0 a 3 anos de idade (Anexo D).

O catálogo finalizado a ser submetido à apreciação do CIE constitui o Apêndice D e sua versão em programa computacional o Apêndice E.

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve seu objetivo cumprido e como produto final uma proposta de um catálogo CIPE® ou subconjunto terminológico para o acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 3 anos de idade (Apêndice D), que está sendo elaborado em formato digital a, fim de facilitar sua avaliação prática pelos enfermeiros da rede básica. Cabe lembrar que a organização do catálogo segue a decisão do autor e, por esta razão, há grandes diferenças entre os catálogos disponíveis e também, dentre os catálogos que estão ainda na fase de proposta (Lopes, 2011).

O catálogo é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro na elaboração do diagnóstico de enfermagem e faz parte do processo de enfermagem. Vale lembrar que toda e qualquer tecnologia, ferramenta ou instrumento que propicie o processo de enfermagem deve ser proposta, testada, e se pertinente adotada para a efetivação da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento à criança. Pois, mesmo diante da necessidade e da importância do processo de enfermagem para toda a categoria, na prática, o que se observa é que implantá-lo ou mesmo mantê-lo é ainda é um desafio, em razão de muitos fatores inerentes à profissão, além dos relacionados à estrutura organizacional e administrativa das instituições de saúde (Marques, Nóbrega, Silva, 2012).

A construção de um catálogo CIPE®, embora seja incentivada pelo CIE, é um processo trabalhoso e demorado, porque demanda um método de construção próprio (indicado pelo CIE), com várias etapas incluindo uma etapa que exige a validação de termos, o que requer a colaboração de peritos na área. Esta validação ainda não está padronizada pelo CIE, podendo o pesquisador escolher seu método dentre as muitas opções metodológicas existentes na literatura e descritas nos vários estudos (Chaves, 2009).

Apesar do investimento de tempo e recursos na construção dos catálogos, há, sem dúvida, um grande potencial para seu uso na saúde da criança, pois se trata de uma valiosa ferramenta para a implantação efetiva do processo de enfermagem.

Mesmo diante das dificuldades, muitos pesquisadores se empenham na construção dos catálogos, a fim de possibilitar a implantação da CIPE® nos países. A CIPE® é, sem dúvida, uma classificação versátil, adaptando-se às muitas realidades e singularidades de nossa prática de enfermagem. Há um crescente aumento dos pesquisadores brasileiros no uso da CIPE® (Lins, Santo, Fuly, 2011). Mas ainda são necessários mais estudos sobre sua aplicabilidade prática (Furtado, Medeiros, Nóbrega, 2013). Há ainda um volume reduzido de estudos que testam a eficiência da classificação. Desse modo, o que se propõe com os catálogos é facilitar a expansão da CIPE®. Seja pela facilidade do uso de afirmativas pré-coordenadas ou por sua adequação aos sistemas computacionais (Lins et al., 2013). Consequentemente, a ampliação de seus estudos e reformulações é cada vez mais precisa e aplicável à prática do enfermeiro.

A etapa de validação talvez seja a mais demorada, pois requer o recrutamento de peritos, o que envolve a escolha dos mesmos por critérios específicos e também acaba por depender da disponibilidade deles, visto que os peritos têm outras atividades. Há uma indicação de Fehring (1987) de, um mínimo de 25 peritos, sendo 50 um número ideal, porém não está descrita uma justificativa para tal número. Na prática, este número torna-se inviável dada a pouca disponibilidade e motivação dos peritos em participar dos estudos, já que quase sempre estão envolvidos com outros compromissos. Na literatura, o que se tem visto é uma escolha baseada no referido autor, porém quase sempre modificada. Assim, cabe a cada autor determinar seus critérios e grande parte deles publica seus estudos com número muito inferior ao recomendado (Guedes, 2011; Azzolin et al., 2012; Lopes, 2013a).

Neste estudo, participaram 51 peritos na primeira fase e 34 na segunda fase, um número muito superior do que a maioria dos estudos publicados. Uma das explicações para tal aumento seria a combinação de estratégias de coleta das informações e a forma de recrutamento dos peritos. O uso da plataforma virtual para hospedar o questionário, as reuniões de grupo de peritos para agilizar a elaboração e consenso na validação das afirmativas, o envio de lembretes por meio de correio eletrônico aos peritos,

a técnica de “bola de neve” para seu recrutamento, os convites enviados por correio eletrônico e também os contatos realizados durante os eventos da área. Mesmo com a combinação de estratégias de recrutamento, o perfil dos peritos participantes foi semelhante aos encontrados em estudos dessa natureza (Galdeano, 2002; Santos, 2011). A maioria era do gênero feminino, com tempo de formados de 10 a 20 anos e já tinham utilizado alguma classificação na sua prática.

O uso do questionário virtual mostrou-se útil para a coleta das informações sobre a concordância dos especialistas quanto às afirmativas de diagnósticos apresentadas. Este foi bem avaliado ainda quanto à facilidade no manuseio e ao tempo gasto para respondê-lo. O uso do questionário virtual é hoje muito utilizado em diversas áreas do conhecimento, na pesquisa científica seu uso ainda é tímido, especialmente, na enfermagem. Há estudos que dizem que o tipo e a qualidade das respostas que se recebe com pesquisas on-line são comparáveis com o que se recebe em levantamentos baseados em papel. Vários são os benefícios do uso do questionário virtual, como por exemplo, o anonimato dos respondentes e os dados podem ser automaticamente armazenados dentro de um banco de dados compatível com programas estatísticos, minimizando erros de digitação e diminuindo os custos de impressão. Na verdade, há outras despesas com os custos de desenvolvimento web ou o uso pago de uma plataforma existente. Outra vantagem é que podem ser acrescentadas imagens ao questionário, facilitando seu uso, e o sistema também pode modificar as questões em função das respostas anteriores, otimizando o tempo dos respondentes (Dennis, 1994; Aliesio et al., 2006; MCFall, Milke, 2007; Nemeth et al., 2007; Profetto-McGrath et al., 2007; Gordon, 2008) .

7.1 A RESPEITO DAS VALIDAÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES

Na fase I de validação dos diagnósticos /resultados, os peritos teceram vários comentários expressando sua concordância e discordância

em relação aos termos. Dentre os diagnósticos/ resultados que obtiveram menores índices de concordância foram aqueles que apresentavam termos de julgamento mais subjetivos ou termos que, apesar de constarem na CIPE®, não se adaptam ao DI, como o termo julgamento “normal” ou “anormal”. As crianças têm seu desenvolvimento relacionado a vários fatores, o que não nos permite julgar uma habilidade como normal ou não (Marcondes et al., 2005). Em outras afirmativas, o problema estava na pouca familiaridade dos peritos com a CIPE®, o que dificultava a compreensão das afirmativas.

Nas discussões em grupo, os peritos tinham a oportunidade de discutir cada termo e trazer suas experiências. Diante da variedade de conhecimentos expostos, da interação, exposição das discordâncias, as opiniões podem ser exploradas e os julgamentos modificados. Na verdade, o objetivo dos métodos de desenvolvimento de consenso é organizar e dar sentido a dados qualitativos, como por exemplo, as opiniões e os julgamentos (Blank, 2009).

Ao se discutir a respeito das intervenções, é necessário um breve esclarecimento sobre as mesmas a fim de elucidar suas características e significados práticos. Para este estudo, entende-se que a intervenção de enfermagem é todo e qualquer tratamento que esteja embasado no julgamento e conhecimento clínico, que é realizado pelo enfermeiro para obter resultados do paciente/cliente. Incluem as assistências diretas e as indiretas, as que estão ligadas à comunidade e às famílias, além daquelas que são para tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos e outros profissionais. As intervenções assistenciais diretas são as em que há interação entre o enfermeiro e o paciente, incluem ações fisiológicas, psicossociais, “toque das mãos” e todas as demais ações assistenciais. As intervenções indiretas, por sua vez, são as que abrangem tratamentos realizados distantes do paciente, mas, em seu benefício. Incluem ainda a supervisão do ambiente de assistência e a colaboração interdisciplinar; assim, ancoram a efetividade das intervenções de assistência direta, por exemplo. Intervenção comunitária (ou de saúde pública) é aquela que está relacionada à promoção e à preservação da saúde das populações. Um

exemplo são as intervenções de prevenção de doenças em uma determinada população. Já o tratamento iniciado pelo enfermeiro é uma intervenção, que é iniciada pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem. Trata-se de uma ação autônoma baseada no raciocínio clínico e científico do enfermeiro. São ações previstas para diagnósticos específicos e têm resultados esperados, expressos de forma clara e objetiva. Há ainda os tratamentos iniciados por médicos ou outros profissionais, que são ações em resposta a um diagnóstico médico, porém, executadas por um ou mais enfermeiros, e por todos bem conhecida a “ordem médica” (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2010).

Na prática, as intervenções ainda são definidas como prioritárias ou não. Em geral, são as mais utilizadas pelos enfermeiros. As prioritárias são também conhecidas como intervenções primárias, pois são as realizadas de modo prioritário. Podem ser conhecidas ainda como intervenções essenciais.

As intervenções essenciais estão definidas como um conjunto limitado e fundamental de intervenções que definem a natureza da especialidade. Na verdade, não incluem todas as intervenções usadas pelos enfermeiros naquela determinada especialidade, e sim as mais empregadas (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2010). Na verdade, é preciso considerar que, quando um profissional prioriza uma intervenção, isto está, sem dúvida, intimamente atrelado à sua formação, à sua experiência profissional e à sua visão de sua inserção naquele trabalho. Não se pode afirmar que enfermeiros experientes realizem mais uma intervenção que outra, ou mesmo que enfermeiros de instituições públicas ou privadas façam determinada intervenção como prioritária. Na prática, o que se observa é que, de acordo com as modificações ao longo dos anos na formação dos enfermeiros, em adição ao grande avanço tecnológico e também o acesso à informação, vêm se modificando as condutas e, por consequência, a valorização das intervenções. Por exemplo, as intervenções relacionadas à interação do enfermeiro com o paciente, as intervenções que visam ao conforto e melhora do ambiente de assistência têm hoje mais destaque que no passado.

Quanto às intervenções, um achado importante a ser discutido neste estudo é que os enfermeiros consideraram importantes as intervenções relacionadas à interação do cuidador com a criança. O que vai ao encontro da proposta teórica de Brazelton (2002) utilizada, como referência teórica deste estudo, o que postula que a criança necessita de uma boa interação com seus cuidadores, como um dos “ingredientes” específicos para atingir seu potencial de desenvolvimento.

Na verdade, a priorização ou não de uma intervenção também pode variar com cada diagnóstico. Isto é, uma intervenção pode ser primária ou prioritária para um determinado diagnóstico e ser secundária a outro. As intervenções apresentadas foram classificadas entre primárias e secundárias, de acordo com cada diagnóstico/resultado.

Nos diagnósticos/resultados gerais, pode-se destacar que, quando o diagnóstico/resultado estava relacionado às potencialidades, tais como: “Desenvolvimento infantil eficaz” e “Atenção do cuidador com o DI” prevaleciam como prioritárias as intervenções que valorizavam a relação do cuidador com o profissional. Por exemplo, as seguintes intervenções: informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação e elogiar a mãe/cuidador. Pode-se dizer, no entanto, que cabe aos enfermeiros potencializar as relações pais/filhos ou cuidador/criança em uma atitude de empatia, flexibilidade e não em uma atitude prescritiva (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Essa atitude não prescritiva e mais compreensiva poderá ser mais aceitável aos pais/cuidadores, promovendo de fato a melhoria do cuidado ou mesmo sua manutenção.

Já quando o diagnóstico estava relacionado a aspectos negativos ou de risco, as intervenções escolhidas como primárias eram as ligadas à orientação e reforço para estimulação da criança.

Quando aos diagnósticos por área, pode-se dizer que a depender da área DI em questão, há uma valorização distinta, que os classifica basicamente em primários e secundários. Mas, dentro destes grandes grupos de intervenções há ainda uma ordem para sua realização que, obviamente, diz respeito à valorização de cada intervenção pelo perito. Mas há aspectos que são compartilhados pela maioria das intervenções escolhidas, como

primárias ou secundárias. Por exemplo, a intervenção “garantir acesso ao tratamento” não foi considerada uma intervenção primária. Talvez uma das explicações possíveis seja aquela que o enfermeiro não sabe como fazê-lo ou mesmo não a considera sua atribuição. Na verdade, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de articular com outros profissionais e outros serviços não só a avaliação mais precisa do desenvolvimento infantil, mas também os tratamentos que a criança possa precisar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As intervenções relacionadas ao brincar na maior parte dos diagnósticos/resultados ocupam o espaço das intervenções secundárias, sobretudo se o diagnóstico estiver relacionado a risco ou estiver “prejudicado”. O que nos remete a pensar que somente as crianças sem nenhum risco ou problema de DI deveriam ser incentivadas a brincar. O que seria um erro. Afinal o brincar faz parte da vida de todas as crianças, e contribui seguramente para seu desenvolvimento. É pelo do ato de brincar que a criança conquista novas experiências, constrói conhecimentos e adquire comportamentos sociais próprios de sua cultura. É por meio da brincadeira que também se pode promover o desenvolvimento psicomotor, moral, ético e estético da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Um aspecto que também merece uma reflexão é que na maior parte dos diagnósticos/resultados analisados nas áreas do DI, o grupo das intervenções primárias está composto por intervenções que privilegiam a fornecer a informação, reforçar ensinamentos sobre o que o cuidador deve fazer, e estimular do DI. Porém, a intervenção “Informar o cuidador sobre o resultado da avaliação” aparece na maioria das vezes como secundária e se torna primária somente quando o diagnóstico/resultados decorre de uma potencialidade, isto é, de um diagnóstico/resultados positivo. Ou seja, quando há algum potencial problema ou alguma anormalidade não é prioridade dizer ao cuidador sob a forma de um resultado e sim sob a forma de orientações e reforço de informações já fornecidas, que visam sua instrumentalização.

A intervenção “Avaliar a resposta psicossocial à instrução dada” aparece também como secundária (exceto na área pessoal–social). Tais dados nos levam a imaginar que ao avaliarmos o DI, com um resultado não

satisfatório, não informamos o cuidador, mas iniciamos um “abastecimento” de informações e ensinamentos, reforçamos seus conhecimentos sobre DI, tentamos motiva-los a estimular o DI em sua criança, sem considerar a sua resposta psicossocial àquela instrução dada. Ou seja, somente estaremos cientes do seu entendimento e compreensão das orientações num próximo encontro e se a criança continuar sem melhora ou em risco para aquela área do DI. Por outro lado sabemos que o cuidar não é uma capacidade inata, é algo a ser desenvolvido, é uma competência, e que devemos ensinar os pais/cuidadores para que se tornem competentes nos cuidados com seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Porém é preciso pensar sobre como e quando devemos fazê-lo. Além de que forma o fazemos.

Outro aspecto da análise dos dados é que a intervenção “Elogiar o cuidador” surge somente como a intervenção primária, quando o diagnóstico/resultados tem origem em uma potencialidade, um fator positivo. Na verdade, o fato de uma criança apresentar um fator de risco ou mesmo alguma anormalidade em sua avaliação de DI ou mesmo em um exame físico não quer dizer que aquele cuidador não esteja se esforçando no cuidado do domicílio, ou mesmo, que esteja sendo negligente em algum quesito, poderá ser uma condição da própria criança. Evidentemente, a falta de um elogio durante um atendimento não quer dizer que se está culpabilizando a mãe ou o cuidador, mas, revela que se pode não enxergar aspectos positivos da situação clínica que se apresenta diante de nós e que, de alguma maneira, está-se perpetuando um modelo tradicional de atendimento, mais direcionado, prescritivo do que interativo.

Dadas as considerações gerais sobre os principais achados do estudo em relação às intervenções, cabe melhor elucidá-las de forma separada dos diagnósticos/resultados, visto que as mesmas podem estar indicadas em um ou mais diagnósticos/resultados diferentes e ocupar um nível de prioridade diferente em função do diagnóstico/resultados (Apêndice D).

7.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo utilizou o questionário virtual, como instrumento de coleta de dados, o que requer um computador conectado à internet e certa habilidade em seu manuseio para responder ao instrumento. É possível que em um estudo semelhante que utilizasse o questionário impresso o número de respondentes fosse diferente, maior ou menor, ou ainda houvesse respostas também distintas. Outra limitação a ser considerada é que os estudos publicados sobre a validação de diagnósticos/resultados e intervenção têm nível baixo de evidência. Na verdade, esse tema vem sendo pouco explorado para estudos longitudinais, de pesquisa clínica, revisões sistemáticas ou mesmo metanálises.

7.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Trata-se de uma ferramenta com grande potencial de utilidade, aos enfermeiros da rede básica de saúde do País, porque permite ao enfermeiro sistematizar melhor sua avaliação do desenvolvimento da criança sob sua assistência. Propiciando um registro mais padronizado, favorecendo o acompanhamento de outros profissionais na construção de bancos de dados para futuras pesquisas e melhor gerenciamento da assistência de enfermagem.

7.4 RECOMENDAÇÕES

Apesar do catálogo aqui proposto estar indicado para uso na rede básica de saúde, poderá ter utilidade também em outros âmbitos da assistência de enfermagem às crianças de 0 a 3 anos de idade, tanto no ambiente hospitalar como abrigos e creches, etc.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Acredita-se que o uso do catálogo possa contribuir na melhoria da assistência de enfermagem à criança de 0 a 3 anos de idade na rede básica de saúde e também no ensino do uso das classificações de enfermagem, visto que poderá servir como de incentivo para uso de uma linguagem própria na enfermagem.

Os catálogos auxiliam na construção dos prontuários eletrônicos, sistematização registro e recuperação das informações sempre que necessário, além de propor em um corpo de atividades mínimas para a assistência de enfermagem. Atendem à necessidade prática da enfermagem, como uma ferramenta objetiva e útil. Sempre que uma ferramenta é construída dentro de métodos aceitáveis de pesquisa, objetivando melhoria da assistência isso traz um impacto na prática assistencial. Já que tende a aprimorar as habilidades técnicas, diminui o tempo despedido, reduz custos operacionais, elucida novas questões que envolvam tal prática e, sobretudo, permite a possibilidade de inovar nossas práticas.

Apesar das dificuldades encontradas na execução dos métodos e procedimentos exigidos nos estudos metodológicos, é preciso continuar o desenvolvimento de tecnologias e novos métodos. A construção de catálogos passa por etapas trabalhosas, porém necessárias, visto que seu objetivo é padronizar uma linguagem para atendimento e registro em áreas específicas. No entanto, é preciso considerar o uso de técnicas e métodos devem tornar esse processo mais ágil e prático. Neste estudo, a combinação das estratégias de recrutamento dos peritos e também a coleta de dados propiciaram uma maior adesão dos peritos convidados com redução do tempo destinado à obtenção do consenso pelos peritos.

Por sua vez o uso da plataforma virtual para a coleta de informações mostrou-se bastante útil, não recebeu críticas dos participantes e permitiu a participação de peritos de várias cidades do País. Diminuiu o tempo de registro e a organização dos dados, porque a plataforma já cria um banco de dados automaticamente, o que permite ao pesquisador apenas conferir as

informações e não mais as digitar. Essa aceitação ficou evidenciada pela considerável participação em ambas as fases. Participação esta considerada não só pelo número de enfermeiros, mas, pelos vários comentários recebidos e também porque não houve críticas sobre o instrumento de coleta de dados no formato virtual nem relatos de dificuldades no manuseio da plataforma virtual.

O desafio de construir ferramentas que auxiliem a melhorar a qualidade do atendimento de enfermagem prestado à criança deve sempre ser incentivado. Obviamente, não em detrimento do conhecimento clínico de cada profissional, mas, no intuito de otimizar seu tempo e ações dispensadas, tornando seu trabalho mais fácil, objetivo e, sobretudo, visível nas instituições de saúde e também na comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the Internet]. 2011 July [cited 2014 Jan 28]; 16(7):3061-3068. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

Aliesio L, Vellone E, Rega ML, Galletti C. [Teaching nursing research at bachelor and second level degree: opinions of nursing associate professors and nursing researchers]. *Prof Inferm*. 2006; 59(2):71-83.

Almeida FA, Pinto MC, Santos SAGE. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pediatria. In: Almeida FA, Sabatés AL. *Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. Barueri: Manole; 2008. p. 21-33.

American Academy Pediatric. Policy Statement: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. 2006.

Araujo AA. Catálogo CIPE® para Insuficiência Cardíaca Congestiva. 2009. f. 88 Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Azzolin K, Souza EN, Ruschel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Rev. Gaúcha Enferm*. [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2013 Nov 13]; 33(4):56-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400007>.

Bjugan BT. Building nursing statements based on ICNP. tesis The University of Agder Grimstad, June 3, 2013. Noruega.

Blank, N. Métodos para desenvolvimento de consenso. Cap 12 In: Pope C. *Pesquisa Qualitativa na atenção à Saúde*. 3ed. Porto Alegre: Artemed, 2009. P.147-55.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.º 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. [Internet]. [citado 2014 Jan. 14]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>[Links].

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução n.º 196/96 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da saúde da criança e aleitamento materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

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

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

Bulechek GM, Dochterman MJ, Butcher H. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª ed. São Paulo: Elsevier; 2010.

Carrillo GMG, Rubiano MYL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Rev Cubana Enferm [serial on the Internet]. 2007 Sep [cited 2013 Nov 13]; 23(3): Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=en

Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2008; 10(1):235-240. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>236 Acessado em 21 de Novembro de 2013.

Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2010 Abr [citado 2013 Nov 22]; 23(2):264-270. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>.

Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Rev Eletrôn Enferm* 2008; 10:513-15.

Chaves ECL. Revisão do diagnóstico Angustia espiritual. 2008. 255 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. *Int J Med Inform* [periodic on the Internet]. 2010 [cited 2010 Apr 25] 79(7):530-8. Available from: <http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijm>.

Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Editora Algor; 2011.

Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. A norma ISO 18.104: 2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Nov 18]; 18(4):669-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400002>.

Cubas MR. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em enfermagem - a experiência da CIPE®/CIPE®SC®*Rev Bras Enferm*, 2009; 62(5):745-7.

Dennis KE. Managing questionnaire data through optical scanning technology. *Nurs Res*. 1994; 43(6):376-8.

Departamento de Informatica do SUS.DATASUS. [citado em 29 jan de 2014] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a01.def>

Doorenbos AZ, Abaquin C, Perrin ME, Eaton L, Balabagno AO, Rue T et al. Supporting dignified dying in the Philippines. *Int J Palliat Nurs* [periodic on the Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 25] 17(3):125-30. Available from: http://www.researchgate.net/journal/1357-6361_International_journal_of_palliative_nursing

Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*. 1987; 16(6):625-29.

Fialho LFG. Subconjunto de conceitos da Classificação para a Prática de Enfermagem para o cuidado aos pacientes com mieloma múltiplo. (Dissertação de Mestrado) Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2013.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde* 2003; 19(6):1691-9.

Figueiras ACM, Souza ICN, Rios VGV, Benguigui Y (2005). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C.: OPAS.

Fontes R. Criança. *Rev Presença Pedagógica*. 2005; 11(61):03-05.

Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos/[organizador Saul Cypel]. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

Furtado LG, Medeiros ACT, da Nóbrega MML. Terminological subset of the international classification for nursing practice: An integrative review. *Online Brazilian J Nursing*. 2013; 12(1):178-93.

Gaíva MA, Paião MR. Perception of children by undergraduate nursing students [O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem.] *Rev Lat-Am Enferm*. 1999; 7(1):75-83.

Galdeano LE. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. 2002. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Gesell A. Diagnóstico Del Desarrollo. Normal y anormal Del Niño. Buenos Aires: Editora Paidós. 1974.

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

Gordon JS, McNew R. Developing the online survey. *Nurs Clin North Am*. 2008; 43(4):605-19.

Guedes NG. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista. Tese de doutorado. Fortaleza, 2011. Universidade Federal do Ceará.

Halpern R, Giugliani ERJ, Cesar GV, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr*. 2000; 76(6):421-8.

Hannah KJ, White PA, Nagle LM, Pringle DM. Standardizing Nursing Information in Canada for inclusion in Electronic Health Records: C-HOBIC. *J Am Med Inform Assoc* periodic on the Internet]. 2009. [cited 2012 Apr 25] 16(4):524-30. Available from: <http://jamia.bmj.com/content/16/3.toc>.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman, TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Icea A, ME Yold. Desarrollo psicomotor Del niño y su valoración en atención primaria. *ANALEs Sis San Navarra* 2002; 25(2):35-43.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage]. Rio de Janeiro; 2011. Disponível, 2010. Censo demográfico 2010, Rio de Janeiro. [atualizado em 2010; citado em 22/03/2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.

International Council of Nursing (ICN) Guidelines for ICNP Catalogue Development. Geneva, Switzerland: International Council of Nursing; 2008.

Jo KH, Doorenbos AZ, Sung KW, Hong E, Rue T, Coenen A. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *Int J Palliat Nurs* [periodic on the Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Apr 10]17(8):392-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253132/>

Lins SMBS, Espírito Santos FH, Fuly PSC. Aplicabilidade da classificação internacional para a prática de enfermagem no Brasil. *Ciência, Cuidado & Saúde* 2012, 10:359-65.

Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC, Garcia TR. Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2013 Abr [citado 2013 Nov 18]; 66(2):180-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200005>.

Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC. Catálogo baseado na classificação internacional para a prática de enfermagem em insuficiência cardíaca: estudo descritivo. Online Braz J Nurs [Internet]. 2011 October [Cited 2013 Nov 18]; 10(2): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3260>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113260>.

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

Lopes MVO, Silva, VM, Araújo TL. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: Herdman TH, Carvalho EC, organizadores. PRONANDA - Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos. 1ed. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda, 2013, p.85-130.

Lopes PRP. Elaboração de um Catálogo Eletrônico de Enfermagem para a Urgência Hospitalar. Dissertação de Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica da Universidade do Minho Escola de Engenharia. 2011.

Marcondes CS, Corrêa EJ, Romanini MAV, Carvalho AM, Diniz-Malloy LF, Leite WB. Avaliação do Desenvolvimento. In: Leão. E. Pediatria Ambulatorial. 4º ed. Belo Horizonte: 2005 p.161-79.

Marin HF, Peres HHC, Dal Sasso GTM. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. Acta Paul Enferm [serial on the Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 18]; 26(3):299-306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300016>.

Marques DKA, Nóbrega MML, Silvia KL. Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. Rev Eletrôn Enferm. 2012; 14:626-33.

Martinho NJ. Guia de Conduta em Pré-Natal - Desenvolvimento de Tecnologia em Enfermagem a Luz da CIPE®- Versão Alfa. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.

McFall GP, Milke DL. Preference of continuing care staff for electronic surveys. Can J Nurs Res. 2007;39(3):167-80.

Miranda LP, Ressegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. J Pediatria. 2003;. 79(1):34-41.

Mustard JF. Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponível em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf>.

Acessado em [21 de Agosto de 2011].

Nemeth LS, Wessell AM, Jenkins RG, Nietert PJ, Lyszka HA, Ornstein SM. Strategies to accelerate translation of research into primary care within practices using electronic medical records. *J Nurs Care Qual.* 2007; 22(4):343-9.

Nery Júnior N, Machado MT. O estatuto da criança e do adolescente e o novo código civil à luz da constituição federal: princípio da especialidade e direito intertemporal. *Rev Direito Privad.* 2002; 3(12):9-49.

Oliveira AAP, Ribeiro MO. O cuidar da criança de/na rua na perspectiva dos graduandos de enfermagem. *Rev Texto & Contexto.* 2006; 15(2):8246-253.

Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia. (1937-1979). *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(4):498-505.

Oliveira LL, Costa VMR., Requeijo MRR Santos R, Pimenta AF, Lemos SM.. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev. paul. pediatri.* [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Jan 31]; 30(4): 479-485. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822012000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400004>.

Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia de Orientação de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o desenvolvimento na criança Vol I. nº3. 2010. 131p.

Papalia, DE, Olds SW, Feldaman RD. O mundo da criança: da infância à adolescência. Primeira parte: Cap 1. Estudando o mundo da criança e Cap 2. O mundo da criança como nos descobrimos (utilizado para os teóricos do DI11º edição editora MCGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda. 2009. [traduzido por Rita de Cássia Albuquerque Caetano Título original A Child's world-Infancy through adolescence].

Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Rev. bras. enferm.* [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Ago 21]; 59(3):270-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300003>.

Plano Nacional da Primeira Infância. Brasília, Dezembro de 2010.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

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

Profetto-McGrath J, Smith KB, Hugo K, Taylor M, El-Hajj H. Clinical nurse specialists' use of evidence in practice: a pilot study. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007; 4(2):86-96.

Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Ver Letras de Hoje.* 2009; 44(3):86-93.

Ribeiro AM, Silva RF, Puccini RF. Conhecimento e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. *Rev Paul Pediatr.* 2010; 28(2):208-14.

Rossi LA, Casagrande LDRC. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cinciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

Rosso M, Silva SH, Scalabrin EE. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(3):523-31.

Santos FAAS. Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem integridade tissular: um estudo com portadores de úlcera venosa (tese). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Esc Anna Nery.* 2010; 14(3):591-98.

Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia.* 2011; 21(48):51-60.

Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto Contexto Enferm.* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2012 Mar 22]; 14(4): 585-593. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400016>.

Theuer RV, Mendonza CEF. Avaliação da inteligência na primeira infância. *Psico-USF.* 2003; 8(1):21-32.

Veríssimo MLÓR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. São Paulo: Manole, 2009. p.91-12.

Vituri Dagmar Willamowius, Matsuda Laura Misue. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2014 Feb 02] ; 43(2): 429-437. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200024>.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário survey monkey completo fase 1 e 2

Fase I

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem**Resumo do projeto**

Acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na atenção primária de saúde: construção de um catálogo CIPE®.

Introdução: A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma classificação de enfermagem criada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a pedido da Organização Mundial da Saúde, e tem por finalidade criar uma linguagem única para a prática da enfermagem no mundo. Pertence à família das Classificações Internacionais das Doenças – CID - já bem difundida em nosso meio. A CIPE® é uma classificação de termos de diagnósticos, resultados e intervenções, e contém hoje mais de 5100 termos. O CIE, no intuito de facilitar a implantação da CIPE®, propõe a criação de subconjuntos de termos específicos, inicialmente chamados de catálogo CIPE®, que objetivam facilitar o uso da classificação no dia a dia. O uso de uma classificação como a CIPE® na saúde da criança, em especial no acompanhamento do desenvolvimento infantil, poderá contribuir de forma significativa para a qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica e este é um dos pilares da assistência à saúde da criança no país.

Objetivo geral: criar um subconjunto tecnológico de termos para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde.

Objetivos específicos: identificar na CIPE® e no instrumento de vigilância do desenvolvimento da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde, termos relacionados à prática de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos; elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, relacionados ao acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos; validar com especialistas tais afirmativas; estruturar o catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos.

Métodos: procedimentos conforme recomendação do CIE, com coleta de dados por meio de mapeamento cruzado entre o instrumento de vigilância do desenvolvimento da Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, e a CIPE® versão 2.0 em português e revisada em 09 de Janeiro de 2013; validação de termos por especialistas através de instrumento estruturado; análises quantitativa e qualitativa de dados.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e com apoio financeiro da FAPESP (processo 2011/51012-3).

Resultados esperados: construir um subconjunto tecnológico de termos diagnósticos, de resultados e de intervenções específicos para auxiliar a utilização da CIPE® pelo enfermeiro no atendimento a criança de 0 a 3 anos na atenção básica de saúde.

Pesquisadora responsável: Soraia Matilde Marques.
E-mail: soraiaam@usp.br

Professora orientadora: Dra. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
E-mail: mdlorver@usp.br
Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Soraia Matilde Marques. Sou enfermeira, doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, e estou desenvolvendo a pesquisa "Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos", sob orientação da Professora Dra. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este projeto tem por objetivo elaborar um subconjunto tecnológico de termos

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde. Conforme descrito na carta convite, a coleta de dados com os especialistas será feita mediante aplicação de um questionário para apreciação de termos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, propostos pela pesquisadora. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes; a participação não acarretará em qualquer tipo de despesa nem de remuneração. O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e os resultados estarão disponíveis para todos os interessados, bem como serão divulgados em publicações e em eventos científicos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, telefone: (11) 3061-7548.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo e-mail soraiam@usp.br, ou telefone tel. (11) 96434-0026.

Ciente destas informações, por favor, responda se concorda em participar do estudo. Desde já agradeço sua atenção.

* 1. Você aceita responder nossa pesquisa?

- ☐ Sim, aceito.
- ☐ Não aceito

Para que você possa melhor opinar em cada questão, a seguir explica-se brevemente a finalidade e a aplicação do catálogo e como foram construídas as afirmativas de diagnósticos.

O catálogo CIPE®, ou subconjunto tecnológico de termos, para acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 3 anos, visa apoiar as consultas de puericultura realizadas pelo(a) enfermeiro(a) que atua na rede básica de saúde. Durante sua consulta, o (a) profissional habitualmente realiza a avaliação do desenvolvimento infantil, de acordo com o instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses (páginas 45 até 50 da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde). Diante de seus achados e impressões diagnósticas, formula diagnósticos de enfermagem, e intervenções relacionadas a estes, conforme a necessidade de cada criança. O catálogo deve então organizar uma lista de termos diagnósticos, resultados e intervenções mais comuns, possíveis a partir da avaliação da criança mediante aplicação do instrumento de vigilância. Visando maior especificidade dos diagnósticos, resultados e intervenções, os termos propostos nesta pesquisa estão organizados por grandes áreas do desenvolvimento infantil: linguagem, motora, pessoal-social e adaptativa. Os diagnósticos por área serão úteis quando houver detecção de ausência de algum marco do desenvolvimento durante a avaliação da criança, pois possibilitarão especificar a(s) área(s) do desenvolvimento que demanda(m) alguma intervenção específica e melhor seleção das intervenções. Os diagnósticos foram construídos de acordo com o método CIPE®, abrangendo cada grande área do desenvolvimento e fatores de risco incluídos na caderneta de saúde da criança.

Segue o link para a caderneta de saúde da criança, caso queira acessá-la:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

Caracterização dos Informantes

Gostaríamos de saber um pouco sobre você e sua atividade profissional. Por favor, responda as questões que se seguem.

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***2. Sexo**

- ☐ Feminino
☐ Masculino

***3. Há quanto tempo você concluiu sua graduação?**

- ☐ Há menos de 05 anos
☐ Entre 5 a 10 anos
☐ Entre 10 a 20 anos
☐ Há mais de 20 anos

***4. Instituição de conclusão da graduação**

- ☐ Pública
☐ Privada
☐ Outra

***5. Assinale sua maior titulação**

- ☐ Graduação
☐ Especialização
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Pós-doutorado

Em que área?

***6. Você já utilizou alguma classificação de enfermagem, na sua prática de ensino, pesquisa ou assistência?**

- ☐ Sim
☐ Não

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

7. Se você respondeu “sim” na questão anterior, marque qual(is) classificação(ões) já utilizou:

- ☐ NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association)
- ☐ CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)
- ☐ Outra(s)

Qual(is)?

***8. Atualmente você trabalha na assistência de enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***9. Atualmente você trabalha na pesquisa em enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***10. Atualmente você trabalha no ensino da enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***11. Há quanto tempo você trabalha com ensino, pesquisa ou assistência que envolva crianças?**

- ☐ até 3 anos
- ☐ 3 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ 10 a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

Diagnósticos Gerais para o Desenvolvimento Infantil

As questões a seguir apresentam afirmativas diagnósticas em relação aos achados mediante a avaliação da criança segundo o instrumento de vigilância do desenvolvimento da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde.

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***12. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária, mas existem um ou mais fatores de risco relacionados à parentalidade. São considerados fatores de risco para a parentalidade os comportamentos ou condições dos genitores/responsáveis que influenciam negativamente o crescimento e o desenvolvimento da criança, como:**

- depressão materna, drogadição ou alcoolismo
- deficiência ou doença mental
- ausência ou pré-natal incompleto
- suspeita de maus tratos
- gestação não aceita
- baixa escolaridade da mãe

Assim, na presença desses fatores de risco, o diagnóstico de enfermagem é "Risco de habilidade prejudicada para executar o papel parental".

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo

Comentários/sugestões

***13. A revisão de literatura evidencia que, na maioria das vezes em que ocorre uma situação de atraso no desenvolvimento infantil, são os pais os primeiros a detectá-la e a comunicar aos profissionais de saúde. A afirmação diagnóstica que retrata esta situação seria "Preocupação presente com a criança".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo

Comentários /sugestões

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***14. Quando uma criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária e não existem fatores de risco para o desenvolvimento, seu diagnóstico de enfermagem é "Desenvolvimento infantil eficaz"**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo

Comentários/sugestões

***15. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária, mas existem condições identificadas em seu histórico de saúde que podem interferir no seu desenvolvimento, sendo consideradas fatores de risco, como: Problemas na gestação, parto ou nascimento. Peso de nascimento abaixo de 2.500g. Prematuridade (< 37 semanas) Icterícia grave. Hospitalização no período neonatal. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões. Parentesco entre os pais. Nesse caso, aplica-se o diagnóstico de enfermagem "Risco de desenvolvimento infantil prejudicado".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo

Comentários/Sugestões

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***16. Há situações em que a criança apresenta características associadas a um provável atraso no desenvolvimento, como: perímetro cefálico acima de +2 escores z, ou abaixo de -2 escores Z; presença de 3 ou mais alterações fenotípicas; ou ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior a sua idade atual. Nessas situações, seu diagnóstico de enfermagem é "Desenvolvimento infantil prejudicado".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Discordo

Comentários/Sugestões

Diagnósticos Específicos por Área do Desenvolvimento Infantil

Área Motora

Os marcos presentes no instrumento de vigilância desenvolvimento correspondentes à área motora são:

- Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada.
- Abre as mãos
- Eleva a cabeça
- Movimenta ativamente os membros
- Segura objetos
- De bruços, levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços
- Muda de posição ativamente (rola)
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Senta-se sem apoio
- Faz pinça (movimento de pinça com os dedos indicador e polegar)
- Anda com apoio
- Anda sem apoio
- Anda para trás
- Chuta bola
- Pula com ambos os pés
- Arremessa a bola

Considerando tais marcos, responda as questões 17 até 19:

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***17. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos do desenvolvimento da área motora esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Atividade psicomotora normal".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***18. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos de desenvolvimento da área motora, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado nesta situação é "Risco de atividade psicomotora prejudicada".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***19. Há situações em que a criança não apresenta um ou mais marcos do desenvolvimento da área motora, correspondente à faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Atividade psicomotora anormal".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários /Sugestões

Área da linguagem

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área da linguagem são:

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

- Emite sons
- Reage ao som
- Localiza o som
- Imita gestos
- Duplica sílabas
- Produz "jargão"
- Fala uma palavra
- Fala 3 palavras
- Aponta 2 figuras
- Fala frases com duas palavras
- Reconhece duas ações

Considerando tais marcos, responda as questões 20 até 22:

***20. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária relacionados à linguagem. O diagnóstico adequado é "Habilidade eficaz para comunicar-se".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***21. Há situações em que a criança apresenta ausência de um dos marcos do desenvolvimento infantil para a sua faixa etária relacionado à linguagem. O diagnóstico adequado é "Risco de comunicação prejudicada".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***22. Há situações em que a criança não apresenta um dos marcos relacionados à linguagem esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Comunicação atrasada".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

Área adaptativa

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área adaptativa são:

- Leva objetos a boca
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Coloca blocos na caneca
- Constroi torre de 2 cubos
- Constroi torre de 3 cubos
- Constroi torre de 6 cubos
- Brinca com outras crianças
- Imita linha vertical

Considerando tais marcos, responda as questões 23 até 25:

***23. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos referentes à área adaptativa, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Aprendizagem cognitiva eficaz".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***24. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos referentes à área adaptativa, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado nesses casos é "Risco de aprendizagem cognitiva prejudicada".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***25. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos referentes à área adaptativa, esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Aprendizagem cognitiva prejudicada".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo
- ☐ Comentários/Sugestões

Comentários/Sugestões

Área pessoal-social

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área pessoal-social são:

- Observa o rosto
- Sorriso social quando estimulada
- Resposta ativa ao contato social
- Busca ativa de objetos
- Brinca de esconde-achou
- Usa colher ou garfo
- Tira a roupa
- Veste-se com supervisão
- Mostra o que quer

Considerando tais marcos, responda as questões 26 até 28:

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***26. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos da área pessoal-social, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Comportamento infantil organizado".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***27. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos da área pessoal-social, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Risco de comportamento infantil desorganizado".**

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de enfermagem

***28.**

Há situações em que a criança apresenta ausência de um ou mais marcos da área pessoal-social, esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é “Comportamento infantil atrasado”.

- ☐ Concordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Não concordo

Comentários/Sugestões

***29. Você considera que os diagnósticos aqui apresentados são necessários, adequados e suficientes para subsidiar a avaliação da criança menor de 3 anos, utilizando o instrumento de vigilância do desenvolvimento do Ministério da Saúde, durante os atendimentos do(a) enfermeiro(a) na rede básica de saúde?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

Comentários/Sugestões

Agradecimento

Agradecemos a sua participação nesta pesquisa e estamos disponíveis para quaisquer comentários. Caso queira, podemos enviar um atestado de participação na pesquisa. Para isso por favor, nos envie um e-mail com seus dados que logo encaminharemos o atestado.

soraia@usp.br

Fase II

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de**Resumo do projeto**

Acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na atenção primária de saúde: construção de um catálogo CIPE®.

Introdução: A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma classificação de enfermagem criada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a pedido da Organização Mundial da Saúde, e tem por finalidade criar uma linguagem única para a prática da enfermagem no mundo. Pertence à família das Classificações Internacionais das Doenças – CID - já bem difundida em nosso meio. A CIPE® é uma classificação de termos de diagnósticos, resultados e intervenções, e contém hoje mais de 5100 termos. O CIE, no intuito de facilitar a implantação da CIPE®, propõe a criação de subconjuntos de termos específicos, inicialmente chamados de catálogo CIPE®, que objetivam facilitar o uso da classificação no dia a dia. O uso de uma classificação como a CIPE® na saúde da criança, em especial no acompanhamento do desenvolvimento infantil, poderá contribuir de forma significativa para a qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica e este é um dos pilares da assistência à saúde da criança no país.

Objetivo geral: criar um subconjunto tecnológico de termos para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde.

Objetivos específicos: identificar na CIPE® e no instrumento de vigilância do desenvolvimento da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde, termos relacionados à prática de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos; elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, relacionados ao acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos; validar com especialistas tais afirmativas; estruturar o catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos.

Métodos: procedimentos conforme recomendação do CIE, com coleta de dados por meio de mapeamento cruzado entre o instrumento de vigilância do desenvolvimento da Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, e a CIPE® versão 2.0 em português e revisada em 09 de Janeiro de 2013; validação de termos por especialistas através de instrumento estruturado; análises quantitativa e qualitativa de dados.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e com apoio financeiro da FAPESP (processo 2011/51012-3).

Resultados esperados: construir um subconjunto tecnológico de termos diagnósticos, de resultados e de intervenções específicos para auxiliar a utilização da CIPE® pelo enfermeiro no atendimento a criança de 0 a 3 anos na atenção básica de saúde.

Pesquisadora responsável: Soraia Matilde Marques.
E-mail: soraiaam@usp.br

Professora orientadora: Dra. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
E-mail: mdlorver@usp.br
Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Soraia Matilde Marques. Sou enfermeira, doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, e estou desenvolvendo a pesquisa "Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos", sob orientação da Professora Dra. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este projeto tem por objetivo elaborar um subconjunto tecnológico de termos para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde. Conforme descrito na carta convite, a coleta de dados com os especialistas será feita mediante aplicação de um questionário para apreciação de termos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, propostos pela pesquisadora. Todos os questionários respondidos mesmo que parcialmente serão utilizados. Na apresentação do relatório da

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes; a participação não acarretará em qualquer tipo de despesa nem de remuneração. O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e os resultados estarão disponíveis para todos os interessados, bem como serão divulgados em publicações e em eventos científicos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, telefone: (11) 3061-7548.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo e-mail soraiam@usp.br, ou telefone tel. (11) 96434-0026.

Ciente destas informações, por favor, responda se concorda em participar do estudo. Desde já agradeço sua atenção.

*1. Você aceita responder nossa pesquisa?

- ☐ Sim, aceito.
- ☐ Não aceito

Para que você possa melhor opinar em cada questão, a seguir explica-se brevemente a finalidade e a aplicação do catálogo e como foram construídas as afirmativas de diagnósticos.

O catálogo CIPE®, ou subconjunto tecnológico de termos, para acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 3 anos, visa apoiar as consultas de puericultura realizadas pelo(a) enfermeiro(a) que atua na rede básica de saúde. Durante sua consulta, o (a) profissional habitualmente realiza a avaliação do desenvolvimento infantil, de acordo com o instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses (páginas 45 até 50 da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde). Diante de seus achados e impressões diagnósticas, formula diagnósticos de enfermagem, e intervenções relacionadas a estes, conforme a necessidade de cada criança. O catálogo deve então organizar uma lista de termos diagnósticos, resultados e intervenções mais comuns, possíveis a partir da avaliação da criança mediante aplicação do instrumento de vigilância.

Visando maior especificidade dos diagnósticos, resultados e intervenções, os termos propostos nesta pesquisa estão organizados por grandes áreas do desenvolvimento infantil: linguagem, motora, pessoal-social e adaptativa. Os diagnósticos por área serão úteis quando houver detecção de ausência de algum marco do desenvolvimento durante a avaliação da criança, pois possibilitarão especificar a(s) área(s) do desenvolvimento que demanda(m) alguma intervenção específica e melhor seleção das intervenções. Os diagnósticos foram construídos de acordo com o método CIPE®, abrangendo cada grande área do desenvolvimento e fatores de risco incluídos na caderneta de saúde da criança.

Segue o link para a caderneta de saúde da criança, caso queira acessá-la:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

Segunda parte

Esta é a segunda etapa de coleta de dados desta pesquisa. Na primeira etapa, foram submetidos para validação os termos diagnósticos. Nesta etapa, estão sendo submetidas as intervenções para cada diagnóstico validado. Para cada diagnóstico, há várias intervenções, para as quais você deverá atribuir seu grau de concordância.

Caracterização dos Informantes

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Gostaríamos de saber um pouco sobre você e sua atividade profissional. Por favor, responda as questões que se seguem.

*2. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

*3. Há quanto tempo você concluiu sua graduação?

- ☐ Há menos de 05 anos
- ☐ Entre 5 a 10 anos
- ☐ Entre 10 a 20 anos
- ☐ Há mais de 20 anos

*4. Instituição de conclusão da graduação

- ☐ Pública
- ☐ Privada
- ☐ Outra

*5. Assinale sua maior titulação

- ☐ Graduação
- ☐ Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Pós-doutorado

Em que área?

*6. Você já utilizou alguma classificação de enfermagem, na sua prática de ensino, pesquisa ou assistência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

7. Se você respondeu “sim” na questão anterior, marque qual(is) classificação(ões) já utilizou:

- ☐ NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association)
- ☐ CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)
- ☐ Outra(s)

Qual(is)?

***8. Atualmente você trabalha na assistência de enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***9. Atualmente você trabalha na pesquisa em enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***10. Atualmente você trabalha no ensino da enfermagem?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

***11. Há quanto tempo você trabalha com ensino, pesquisa ou assistência que envolva crianças?**

- ☐ até 3 anos
- ☐ 3 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ 10 a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

***12. Você trabalha em qual região do país?**

- ☐ Norte
- ☐ Sul
- ☐ Sudeste
- ☐ Centro-oeste
- ☐ Nordeste

Diagnósticos Gerais para o Desenvolvimento Infantil

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

As questões a seguir apresentam afirmativas diagnósticas em relação aos achados mediante a avaliação da criança segundo o instrumento de vigilância do desenvolvimento da caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde. Também são apresentadas as intervenções e os resultados possíveis após as intervenções.

*** 13. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária, mas existem um ou mais fatores de risco relacionados à parentalidade. São considerados fatores de risco para a parentalidade os comportamentos ou condições dos genitores/responsáveis que influenciam negativamente o crescimento e o desenvolvimento da criança, como:**

- depressão materna, drogadição ou alcoolismo
- deficiência ou doença mental
- ausência ou pré-natal incompleto
- suspeita de maus tratos
- gestação não aceita
- baixa escolaridade da mãe

Assim, na presença desses fatores de risco, o diagnóstico de enfermagem é "Risco de habilidade prejudicada para executar o papel parental".

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssima necessária
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular parentalidade eficaz	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a participação em rede de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Apolar a família	☐	☐	☐	☐	☐
Monitorar a estrutura e os papéis familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Avallar capacidade do cuidador para cuidar da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir a continuidade do cuidado	☐	☐	☐	☐	☐
Avallar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Planejar novo
agendamento para a
avaliação do DI

Comentários/sugestões

***14. A revisão de literatura evidencia que, na maioria das vezes em que ocorre uma situação de atraso no desenvolvimento infantil, são os pais os primeiros a detectá-la e a comunicar aos profissionais de saúde. A afirmação diagnóstica que retrata esta situação seria "Atenção do cuidador com o desenvolvimento infantil".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Escutar cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Aplicar Instrumento de avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Documentar informações sobre a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Investigar risco genético	☐	☐	☐	☐	☐
Rever histórico de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Informar o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários /sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***15. Quando uma criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária e não existem fatores de risco para o desenvolvimento, seu diagnóstico de enfermagem é "Desenvolvimento infantil eficaz"**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Informar mãe/cuidador sobre a importância do brincar para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***16. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária, mas existem condições identificadas em seu histórico de saúde que podem interferir no seu desenvolvimento, sendo consideradas fatores de risco, como: Problemas na gestação, parto ou nascimento. Peso de nascimento abaixo de 2.500g. Prematuridade (< 37 semanas) Icterícia grave. Hospitalização no período neonatal. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões. Parentesco entre os pais. Nesse caso, aplica-se o diagnóstico de enfermagem "Risco para desenvolvimento infantil prejudicado". Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:**

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar a mãe/cuidador o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Identificar risco genético	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Monitorar estrutura e os papéis familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir continuidade do cuidado	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a importância do brincar para o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***17. Há situações em que a criança apresenta características associadas a um provável atraso no desenvolvimento, como: perímetro cefálico acima de +2 escores z, ou abaixo de -2 escores Z; presença de 3 ou mais alterações fenotípicas; ou ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior a sua idade atual.**

Nessas situações, seu diagnóstico de enfermagem é "Desenvolvimento infantil prejudicado".

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular o cuidador a promover o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Monitorar estrutura e os papéis familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a importância do brincar para o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar o vínculo entre pais/cuidadores com a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir acesso ao tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários/Sugestões	<input type="text"/>				

Diagnósticos Específicos por Área do Desenvolvimento Infantil

Área Motora

Os marcos presentes no instrumento de vigilância desenvolvimento correspondentes à área motora são:

- Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada.

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

- Abre as mãos
- Eleva a cabeça
- Movimenta ativamente os membros
- Segura objetos
- De bruços, levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços
- Muda de posição ativamente (rola)
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Senta-se sem apoio
- Faz pinça (movimento de pinça com os dedos indicador e polegar)
- Anda com apoio
- Anda sem apoio
- Anda para trás
- Chuta bola
- Pula com ambos os pés
- Arremessa a bola

Considerando tais marcos, responda as questões 23 até 28:

*** 18. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos do desenvolvimento da área motora esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Atividade psicomotora eficaz".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a promoção do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a importância do brincar para o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***19. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos de desenvolvimento da área motora, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado nesta situação é "Risco para atividade psicomotora prejudicada". Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:**

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Verificar as capacidades da criança para realizar funções neuropsicomotoras	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar o cuidador/pais	☐	☐	☐	☐	☐
Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras de acordo com a idade	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***20. Há situações em que a criança não apresenta um ou mais marcos do desenvolvimento da área motora, correspondente à faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Atividade psicomotora prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar com a mãe/cuidador a estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a permitir que a criança explore o ambiente com segurança	☐	☐	☐	☐	☐
Verificar as capacidades da criança para realizar funções neuropsicomotoras	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar o cuidador/pais	☐	☐	☐	☐	☐
Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras	☐	☐	☐	☐	☐
Avallar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir acesso ao tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários /Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Área da linguagem

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área da linguagem são:

- Emite sons
- Reage ao som
- Localiza o som
- Imita gestos
- Duplica sílabas
- Produz "jargão"
- Fala uma palavra
- Fala 3 palavras
- Aponta 2 figuras
- Fala frases com duas palavras
- Reconhece duas ações

Considerando tais marcos, responda as questões 29 até 34:

***21. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos de desenvolvimento para a sua faixa etária relacionados à linguagem. O diagnóstico adequado é "Habilidade eficaz para comunicar-se".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Oferecer informações antecipadas sobre as características do D	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

*** 22. Há situações em que a criança apresenta ausência de um dos marcos do desenvolvimento infantil para a sua faixa etária relacionado à linguagem. O diagnóstico adequado é "Risco de comunicação prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar a mãe/cuidador sobre resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular fala com a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o diálogo com a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança de acordo com a idade.	☐	☐	☐	☐	☐
Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a oferecer atividades de interesse da criança que utilizem linguagem de acordo com faixa etária	☐	☐	☐	☐	☐
Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem de acordo com faixa etária	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***23. Há situações em que a criança não apresenta um dos marcos relacionados à linguagem esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Comunicação prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar mãe/cuidador sobre resultado de avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Informar cuidador sobre redes de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança de acordo com a idade.	☐	☐	☐	☐	☐
Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a oferecer atividades do interesse da criança, que utilizem linguagem, de acordo com faixa etária	☐	☐	☐	☐	☐
Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com faixa etária	☐	☐	☐	☐	☐
Apresentar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir acesso ao tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Área adaptativa

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área adaptativa são:

- Leva objetos a boca
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Coloca blocos na caneca
- Constrói torre de 2 cubos
- Constrói torre de 3 cubos
- Constrói torre de 6 cubos
- Brinca com outras crianças
- Imita linha vertical

Considerando tais marcos, responda as questões 35 até 40:

***24. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos referentes à área adaptativa, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é “Aprendizagem cognitiva eficaz”.**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a importância da brincadeira para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***25. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos referentes à área adaptativa, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado nesses casos é "Risco de aprendizagem cognitiva prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar para mãe/cuidador resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a família a permitir a independência da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar a família	☐	☐	☐	☐	☐
Promover o vínculo da criança com o cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Observar a dinâmica familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a transmitir segurança para criança	☐	☐	☐	☐	☐
Avallar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***26. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos referentes à área adaptativa, esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Aprendizagem cognitiva prejudicada". Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:**

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a família a permitir a independência da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar a família	☐	☐	☐	☐	☐
Promover o vínculo da criança com o cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Observar a dinâmica familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar cuidador a transmitir segurança para criança	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a participação da família em rede de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Apoiar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir acesso ao tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Área pessoal-social

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Os marcos presentes no instrumento de vigilância do desenvolvimento correspondentes à área pessoal-social são:

- Observa o rosto
- Sorriso social quando estimulada
- Resposta ativa ao contato social
- Busca ativa de objetos
- Brinca de esconde-achou
- Usa colher ou garfo
- Tira a roupa
- Veste-se com supervisão
- Mostra o que quer

Considerando tais marcos, responda as questões 41 até 46:

***27. Há situações em que a criança apresenta todos os marcos da área pessoal-social, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Habilidade pessoal-social eficaz".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Elogiar a mãe/cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a continuar a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***28. Há situações em que a criança apresenta a ausência de um ou mais marcos da área pessoal-social, esperados para a sua faixa etária. O diagnóstico adequado é "Risco para habilidade pessoal-social prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar a mãe/cuidador sobre os resultados da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador sobre DI	☐	☐	☐	☐	☐
Encorajar os pais a proporcionar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento .	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente de forma segura	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários/Sugestões

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

***29. Há situações em que a criança apresenta ausência de um ou mais marcos da área pessoal-social, esperados para a faixa etária anterior a sua idade atual. O diagnóstico adequado é "Habilidade pessoal-social prejudicada".**

Considerando este diagnóstico classifique as intervenções abaixo:

	Não necessária	Pouco necessária	Necessária	Muito necessária	Multíssimo necessária
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação	☐	☐	☐	☐	☐
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a importância de estimular a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Motivar a mãe a estimular o DI	☐	☐	☐	☐	☐
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar	☐	☐	☐	☐	☐
Encorajar os pais a proporcionar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento .	☐	☐	☐	☐	☐
Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança	☐	☐	☐	☐	☐
Estabelecer uma rotina social para a criança	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular cuidador a participar de rede de apoio	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhar para avaliação especializada	☐	☐	☐	☐	☐
Garantir acesso ao tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários/Sugestões	<input type="text"/>				

Parte II: Desenvolvimento infantil: proposta de diagnósticos de

Agradecimento

Agradecemos a sua participação nesta pesquisa e estamos disponíveis para quaisquer comentários. Caso queira, podemos enviar um atestado de participação na pesquisa. Para isso por favor, nos envie um e-mail com seus dados que logo encaminharemos o atestado.
soraiaam@usp.br

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido (apresentado no questionário eletrônico, para possibilitar a manifestação de aceite)

Vimos, por meio desta, solicitar a sua participação na pesquisa intitulada “Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos”. Tem por objetivo construir um catálogo CIPE® sobre acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos. Não haverá identificação nominal dos participantes e sua participação não acarretará em qualquer tipo de despesa nem de remuneração. O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e os resultados estarão disponíveis para todos os interessados, e também serão divulgados em publicações e eventos científicos.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Informações sobre a pesquisa:

Soraia Matilde Marques– tel. (11) 6434-0026

Comitê de Ética em Pesquisa - Escola de Enfermagem da USP: tel (11) 3061-7548

APÊNDICE C

Carta convite

Estimado (a) colega

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado "Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos". O objetivo é construir um catálogo CIPE® sobre acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da EEUSP - São Paulo, sob o nº 1098/2011.

Assim, vimos por meio desta, convidá-lo (a) a participar da pesquisa por via eletrônica, o questionário está disponível no seguinte endereço:

<http://www.surveymonkey.com/s/C7FHBJ8>

O tempo estimado para responder é inferior a 30 minutos, desde que as informações sejam conhecidas pelo respondente. Recomenda-se que seja lido todo o questionário para ciência das informações solicitadas,

Desde já, agradecemos sua atenção e o tempo dedicado.

Soraia Matilde Marques
Pesquisadora responsável

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
Orientadora

APÊNDICE D

**Catálogo CIPE ®: Avaliação do Desenvolvimento Infantil de
Crianças de 0 a 3 anos**

**Catálogo da Classificação Internacional
para a Prática de Enfermagem CIPE ®**

Índice

Enquadramento	180
Importância para a Enfermagem	181
Utilização e organização do catálogo.....	183
Resumo.....	192

Enquadramento

O catálogo CIPE® é uma ferramenta útil para a melhoria da assistência de enfermagem. Representa de um conjunto de termos utilizados numa determinada área da enfermagem; são termos específicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 2008). Está baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A necessidade da disponibilidade de subconjuntos de terminologias é reconhecida pelo grupo de aconselhamento estratégico da CIPE® (ICN, 2009).

Visa anteder a demanda de áreas específicas da enfermagem e suas necessidades locais (Bjugan, 2013). Serve para subsidiar a padronização da documentação em Enfermagem no atendimento em enfermagem (CIE, 2009). Tal padronização não substitui a acurácia e o julgamento clínico dos enfermeiros, mas os auxilia no processo de atendimento e registro (Araújo, 2009). Os termos utilizados no catálogo originam-se da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A CIPE® é uma classificação que visa uniformizar diagnósticos, procedimentos, ações e registros na enfermagem (CIE, 2011). Por ser uma classificação internacional, permite comparar dados de enfermagem entre os diversos países e contextos de saúde. Apoia o fazer da enfermagem, permitindo seu melhor planejamento e implementação (Rosso, Silva e Scalabrin, 2009).

Este catálogo dirige-se a profissionais enfermeiros que realizem assistência de enfermagem á crianças de 0 a 03 anos na rede básica de saúde.

Importância para a Enfermagem

O acompanhamento do desenvolvimento infantil (DI) se faz necessário na efetivação da atenção integral à saúde da criança e deve ser realizado prioritariamente na atenção primária (Santos, Quintão e Almeida, 2010). É uma das ações de promoção da saúde, que se inicia no nascimento e perdura durante toda a infância. Considerando que os maiores riscos de danos ao desenvolvimento concentram-se nos primeiros anos de vida, bem como o impacto de ações de recuperação e estimulação são maiores nesse período, as ações de acompanhamento têm sido preconizadas até os cinco anos de idade (Brasil, 2001). A Organização Mundial da Saúde (OMS) pontua que em tempos de paz, cerca de 10% das crianças nascem ou adquirem impedimentos físicos, mentais ou sensoriais que irão interferir significativamente no seu desenvolvimento (Miranda e Figueiras, 2003). Em nosso país, acredita-se que 14,5% da população apresente algum tipo de deficiência (Miranda e Figueiras, 2003).

A vigilância do desenvolvimento infantil (DI) integra a atenção à saúde da criança, compreendendo a promoção do desenvolvimento normal e a detecção de desvios de forma precoce (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010). Sabe-se que os primeiros anos de vida são particularmente importantes, pois é uma fase de grande desenvolvimento em todas as funções. O diagnóstico precoce e a intervenção efetiva antes dos cinco anos são decisivos para o bom prognóstico de desenvolvimento das crianças, visto que nesse período há grande atividade cerebral, desenvolvem-se funções específicas em vários domínios, e a aquisição de habilidades para atividades mais complexas. A neuroplasticidade (capacidade do sistema nervoso se modificar pela experiência ou lesão) deste período é também responsável por melhores possibilidades de bons prognósticos se a intervenção ocorrer de forma precoce. (Ribeiro, Silva, Puccini, 2010). A necessidade do acompanhamento do DI está fundamentada em vários estudos na área de neurociências que vêm mostrando que os primeiros anos de vida são decisivos na formação da pessoa, tanto nos aspectos físicos como psíquicos, e têm grande influência nas suas capacidades e inteligência, na sua habilidade social e motora,

influindo também na sociabilização da criança e do adulto futuro (Mustard, 2010).

É oportuno que a enfermagem utilize ferramentas e tecnologias que tenham como foco a promoção do DI, é preciso transcender a visão de cuidado meramente biológico e passar a postular que a criança necessita de afeto, de experiências sociais e, sobretudo, de interação familiar atenta às necessidades essenciais para o desenvolvimento integral. A visão ampliada de cuidado demanda algumas ações de saúde, articuladas entre si, para permitir que a criança desenvolva todo seu potencial físico, intelectual, social e emocional (Brazelton, Greenspan, 2002; Veríssimo et al., 2009).

Utilização e organização do catálogo

O catálogo possibilita ao enfermeiro integrar a CIPE® à sua prática, pois apresenta afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções para orientar o registro das informações em enfermagem de modo ágil e prático.

Este catálogo contém afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções validadas por peritos na área de enfermagem. Está organizado em diagnósticos/resultados (para situações que envolvem o desenvolvimento global) e afirmativas relativas às áreas de desenvolvimento infantil, especificamente. Abrange as quatro principais áreas: motora, de linguagem, pessoal-social e adaptativa. As afirmativas contemplam diagnósticos/resultados e suas respectivas intervenções referentes às situações clínicas mais comuns nas avaliações do desenvolvimento infantil durante os atendimentos à criança de 0 a 3 anos na rede básica de saúde. As afirmativas de diagnósticos são compostas por termos já validados que constam na versão 2.0 da CIPE® atualizada em 2013 por estudiosos brasileiros, facilmente encontrada no *website* do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). Disponível em acesso gratuito. Estão listados os termos relacionados ao DI no apêndice 1.

As afirmativas deste catálogo não suprem todas as necessidades do enfermeiro em sua prática, mas podem ajudá-lo a otimizar o tempo dispendido no registro e recuperação das informações.

Lista de diagnósticos e resultados e suas intervenções

Diagnósticos /Resultados Gerais
--

DE: Desenvolvimento infantil eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Informar mãe/cuidador sobre a importância do brincar para a criança

Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para desenvolvimento infantil prejudicado

Intervenções:

Informar a mãe/cuidador o resultado da avaliação

Reforçar a importância do brincar para o DI

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Garantir continuidade do cuidado

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Monitorar estrutura e os papéis familiares

Identificar risco genético

DE: Desenvolvimento infantil prejudicado

Intervenções:

Estimular o cuidador a promover o DI

Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Informar resultado da avaliação

Reforçar a importância do brincar para o DI

Garantir acesso ao tratamento

Avaliar o vínculo entre pais/cuidadores com a criança

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Monitorar estrutura e os papéis familiares

DE: Risco para habilidade prejudicada para executar o papel parental

Intervenções:

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança
Avaliar capacidade do cuidador para cuidar da criança
Motivar a mãe a estimular o DI
Apoiar a família
Garantir a continuidade do cuidado
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação
Estimular a participação em rede de apoio
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador
Monitorar a estrutura e os papéis familiares
Estimular parentalidade eficaz
Elogiar a mãe/cuidador

DE: Atenção do cuidador

Intervenções:

Escutar cuidador
Documentar informações sobre a criança
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Informar o resultado da avaliação
Aplicar instrumento de avaliação do DI
Elogiar a mãe/cuidador
Rever histórico de saúde
Encaminhar para avaliação especializada
Investigar risco genético

Área Motora

DE: Atividade psicomotora eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador
Reforçar a importância do brincar para o DI
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Informar resultado da avaliação do DI

Estimular a promoção do DI

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para atividade psicomotora prejudicada

Intervenções:

Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras de acordo com a idade

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança

Orientar mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança

Apoiar o cuidador/pais

Motivar a mãe a estimular o DI

Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Informar resultado da avaliação

Verificar as capacidades da criança para realizar funções neuropsicomotoras

Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Atividade psicomotora prejudicada

Intervenções:

Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras

Orientar cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Informar resultado da avaliação

Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Orientar cuidador a permitir que a criança explore o ambiente com segurança

Encaminhar para avaliação especializada

Reforçar com a mãe/cuidador a estimular a criança

Apoiar o cuidador/pais

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Área da Linguagem

DE: Habilidade eficaz para comunicar- se

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Informar resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para comunicação prejudicada

Intervenções:

Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança

Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança de acordo com a idade.

Orientar cuidador a oferecer atividades de interesse da criança que utilizem linguagem de acordo com faixa etária

Reforçar a mãe/cuidador a estimular fala com a criança

Motivar a mãe a estimular o diálogo com a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Informar a mãe/cuidador sobre resultado da avaliação

Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem de acordo com faixa etária

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Apoiar cuidador

Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança.

Elogiar a mãe/cuidador

Informar resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do D

DE: Comunicação prejudicada

Intervenções:

Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança

Orientar cuidador a oferecer atividades do interesse da criança, que utilizem linguagem, de acordo com faixa etária.

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança

Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem, de acordo com faixa etária.

Informar mãe/cuidador sobre resultado de avaliação

Apoiar cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança de acordo com a idade.

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança.

Garantir acesso ao tratamento

Informar cuidador sobre redes de apoio

Área Adaptativa

DE: Aprendizagem cognitiva eficaz

Intervenções:

Informar resultado da avaliação

Elogiar a mãe/cuidador

Reforçar a importância da brincadeira para a criança

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para aprendizagem cognitiva prejudicada

Intervenções:

Informar para mãe/cuidador resultado da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança

Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança

Estimular a família a permitir a independência da criança

Apoiar a família

Promover o vínculo da criança com o cuidador

Observar a dinâmica familiar

Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Orientar cuidador a transmitir segurança para criança

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Aprendizagem cognitiva prejudicada

Intervenções:

Envolver o cuidador no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança

Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança

Promover ambiente seguro e estimulante para a criança

Estimular a família a permitir a independência da criança

Apoiar a família

Promover o vínculo da criança com o cuidador

Orientar cuidador a transmitir segurança para criança

Estimular a participação da família em rede de apoio

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador

Encaminhar para avaliação especializada

Observar a dinâmica familiar

Garantir acesso ao tratamento

Área Pessoal Social

DE: Habilidade pessoal social eficaz

Intervenções:

Elogiar a mãe/cuidador

Motivar a mãe a continuar a estimular o DI

Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI

DE: Risco para habilidade pessoal social prejudicada

Intervenções:

Informar a mãe/cuidador sobre os resultados da avaliação

Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador sobre DI

Encorajar os pais a propiciar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.

Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança

Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o ambiente de forma segura

Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem

Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

DE: Habilidade pessoal social prejudicada

Intervenções:

Reforçar a mãe/cuidador a importância de estimular a criança

Motivar a mãe a estimular o DI

Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança
Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem
Informar a mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação
Promover ambiente seguro e estimulante para a criança
Estimular cuidador a participar de rede de apoio
Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar
Encorajar os pais a propiciar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.
Planejar novo agendamento para a avaliação do DI
Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador
Encaminhar para avaliação especializada
Estabelecer uma rotina social para a criança
Garantir acesso ao tratamento

Resumo

O catálogo CIPE® tem por finalidade melhorar a aplicação da CIPE® na prática do enfermeiro. O fenômeno de enfermagem acompanhamento do desenvolvimento infantil de crianças de 0 a 3 anos faz parte da prática dos enfermeiros que realizam atendimento á criança na rede básica de saúde. A implementação da CIPE® favorece a melhoria deste atendimento, uma vez que propicia uma padronização no planejamento da assistência e dos registros de enfermagem. Facilitando a recuperação, organização das informações em saúde.

Referências

Araujo AA. Catálogo CIPE® para Insuficiência Cardíaca Congestiva. 2009. f. 88 Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

International Council of Nursing. Partneiring with individuals and families to Promote Adherence to tratamento. tradução: Hermínia Castro. Edição Portuguesa: Ordem do Enfermeiros. Abril 2009.

Bjugan BT. Building nursing statements based on ICNP. thesis The University of Agder Grimstad, June 3, 2013. Noruega.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da saúde da criança e aleitamento materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

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

Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Editora Argol; 2011.

International Council of Nursing (ICN) Guidelines for ICNP Catalogue Development. Geneva, Switzerland: International Council of Nursing; 2008

Miranda LP, Ressegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. J Pediatr. 2003; 79(1):34-41.

Mustard JF. Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponível em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf>. Acessado em [21 de Agosto de 2011].

Ribeiro AM, Silva RF, Puccini RF. Conhecimento e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(2):208-214.

Rosso M, Silva SH, Scalabrin EE. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE® / Sistema basado en el conocimiento de apoyo a la identificación de los focos de CIPE® / Knowledge- based CIPE® outbreak identification support systems. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(3):523-31.

Santos MEA, Quintão NT, Almeida RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Esc Anna Nery. 2010; 4(3):591-98.

Veríssimo MLÓR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p.91-12.

Apêndice 1 do catálogo

**TERMOS CIPE PARA A COMPOSIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS
/RESULTADOS E INTERVENÇÕES**

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10004002	F	Cuidar (tomar conta)	Atender: Fornecer cuidado quando necessário.
10014052	F	Parentalidade	Cuidar: Assumir as responsabilidades de serem pais, comportamentos para facilitar a inserção de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização de expectativa dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade em relação aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel paternal.
10003548	F	Vínculo	Parentalidade: Ligação entre uma criança e os pais; formação de laços afetivos.
10004376	F	Educação da Criança	Parentalidade: Socialização e educação da criança, assegurando suas necessidades básicas e individuais; desempenho de comportamento que assegura a transmissão da cultura e tradições da geração mais antiga para a nova geração.
10014902	F	Parentalidade Efetiva	Parentalidade
10010463	F	Comportamento Interativo	Relacionar: Interagir com os outros
10004705	F	Comunicação	Comportamento Interativo: Dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou tecnologia apoiada por meio sincrônico ou assíncronico.
10005415	F	Choro	Comunicação: Ações voluntárias ou involuntárias, variando de lágrimas a soluços, em resposta à dor, medo ou pesar.
10014828	F	Comunicação Efetiva	Comunicação
10024809	F	Afirmação Positiva	Comunicação Efetiva
10011192	F	Riso	Comunicação: Ato de usar expressões faciais e verbais para indicar sentimentos de alegria e diversão.
10018391	F	Socialização	Comportamento Interativo: Troca social mútua; participação em atividades sociais.
10017782	F	Erguer-se	Elevar: Levantar partes do corpo, incluindo as extremidades superiores e inferiores e a cabeça, para uma posição mais alta.
10017822	F	Transferir-se	Transferir
10017833	F	Virar-se	Virar: Mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás.
10006538	F	Comer ou Beber	Executar
10004250	F	Mastigação	Comer ou beber: Decomposição mecânica de alimentos na boca, por meio de trituração com os dentes e movimento da língua.
10006276	F	Beber	Comer ou Beber: Ingestão de líquidos durante as

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			refeições e durante o dia, ou quando tiver sede.
10006517	F	Comer	Comer ou Beber
10019001	F	Sucção	Comer ou beber: Extrair líquidos para a boca usando os músculos labiais e a língua; por exemplo, extrair leite dos seios, ou líquido do bico de uma mamadeira.
10019347	F	Deglutição	Comer ou beber: Passagem de fluidos e alimentos decompostos, da boca, por movimento da língua e músculos, pela garganta e esôfago, para o estômago.
10007520	F	Cair	Executar: Descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto.
10005347	F	Engatinhar	Mobilizar: Movimento de um lado para outro no chão, usando as mãos e os joelhos.
10020886	F	Deambulação	Mobilizar: Mover o corpo de um lugar para outro pelo movimento das pernas; capacidade para suportar o peso do corpo e andar com passos eficazes dentro dos níveis de velocidade, desde lento e moderado a passos rápidos; subir e descer escadas, subir e descer rampas.
10018755	F	Ficar em pé	Elevar: Mover, mudar e posicionar o corpo numa posição vertical ereta.
10018195	F	Sentar	Abaixar: Mover-se e mudar o corpo de deitado ou em pé, para a posição sentada.
10005980	F	Incapacidade	Papel no Processo: Perda ou ausência da boa forma ou capacidade física ou mental.
10014669	F	Papel do Jogo	Papel do Lazer: Interação em atividade espontânea ou jogo organizado, participar de jogos, ocupar-se da própria distração, principalmente com relação ao desenvolvimento da criança.
10007651	F	Papel da Família	Papel Grupal
10003962	F	Papel do Cuidador	Papel do Indivíduo: Interação de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; expectativas internalizadas das instituições de saúde e dos profissionais de saúde, dos membros familiares e da sociedade, com relação a comportamentos apropriados ou impróprios de um cuidador, expressando estas expectativas como comportamentos e valores, principalmente em relação ao cuidado de um membro familiar dependente.
10007605	F	Papel do Membro da Família	Papel do Indivíduo
10008494	F	Papel do Avô	Papel do Membro da Família: Conduzir interações de acordo com a responsabilidade de ser um avô. Reflete as expectativas de membros familiares, amigos e sociedade de um comportamento apropriado ou impróprio para um avô; manifesta tal expectativa no comportamento atual e no sentido dos valores. O termo é usado

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			principalmente com relação à promoção de um crescimento e desenvolvimento ótimo de netos.
10008500	F	Papel da Avó	Papel do Membro da Família: Conduzir interações de acordo com a responsabilidade de ser uma avó. Reflete as expectativas de membros familiares, amigos e sociedade de um comportamento apropriado ou impróprio para uma avó; manifesta tal expectativa no comportamento atual e no sentido dos valores. O termo é usado principalmente com relação à promoção de um crescimento e desenvolvimento ótimo de netos.
10014068	F	Papel Parental	Papel do Membro da Família: Interagir de acordo com as responsabilidades de serem pais; expectativas internalizadas por membros familiares, amigos e sociedade, com relação a um papel apropriado ou impróprio no comportamento dos pais, expressando estas expectativas como comportamentos, valores; principalmente em relação à promoção de crescimento e desenvolvimento ótimo de criança dependente.
10007701	F	Papel do Pai	Papel Parental: Conduzir as responsabilidades de ser a figura masculina na família, de acordo com o grupo social e a cultura.
10018803	F	Papel do Padrasto	Papel do Pai
10012235	F	Papel da Mãe	Papel Parental: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; expectativas internalizadas por membros familiares, amigos e sociedade do que seja o comportamento apropriado ou impróprio do papel de mulheres grávidas e das mães.
10018819	F	Papel da Madrasta	Papel da Mãe
10018107	F	Papel dos Irmãos	Papel do Membro da Família
10003716	F	Papel do Irmão	Papel dos Irmãos
10018182	F	Papel da Irmã	Papel dos Irmãos
10017441	F	Segurança	Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.
10027005	F	Papel de Apoio Emocional	Papel de Apoio
10026998	F	Papel de Apoio Familiar	Papel de Apoio
10000034	F	Habilidade	Condição
10000047	F	Habilidade para Adaptar-se	Habilidade
10000052	F	Habilidade para Comunicar-se	Habilidade
10014790	F	Habilidade Eficaz para Comunicar-se	Habilidade para Comunicar-se
10012108	F	Habilidade para Mover-se	Habilidade: Movimento voluntário do corpo.
10000258	F	Habilidade para Caminhar	Habilidade
10000204	F	Habilidade para Transferir-se	Habilidade: Capacidade de mover ou mudar o corpo de um local para outro.
10000109	F	Habilidade para a	Habilidade

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
Parentalidade			
10000081	F	Habilidade para Executar a Manutenção da Saúde	Habilidade
10000227	F	Habilidade para Socializar	Habilidade
10000236	F	Habilidade para Deglutir	Habilidade
10024035	F	Habilidade Sensorial	Habilidade
10023434	F	Habilidade para Ouvir	Habilidade
10023468	F	Habilidade para Ver	Habilidade
10023475	F	Habilidade para Cheirar	Habilidade
10023481	F	Habilidade para Saborear	Habilidade
10002144	F	Alerta	Condição: Nível de atenção ou vigilância; prestar atenção a alguma coisa, estando pronto para agir.
10004975	F	Consciência	Condição: Resposta mental a impressões de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente externo.
10012634	F	Consciência Prejudicada	Consciência
10018512	F	Sonolência	Consciência Prejudicada: Torpor profundo e adormecimento não natural.
10008711	F	Saúde	Condição: Um processo dinâmico de adaptação e de lidar com o ambiente, satisfazendo as necessidades e alcançando o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social; não meramente a ausência de doença ou enfermidade.
10021047	F	Bem-estar	Saúde: Imagem mental de bem-estar, equilíbrio, contentamento, afetuosidade, alegria e conforto usualmente expresso pela demonstração de relaxamento e abertura às outras pessoas ou satisfação com a independência.
10014514	F	Bem-estar Físico	Bem-estar: Imagem mental de estar em boa condição física ou confortável satisfação física com controle de sintomas, como controle da dor e contentamento com os arredores físicos.
10015990	F	Bem-estar Psicológico	Bem-estar: Imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com controle do stress e sofrimento.
10018452	F	Bem-estar Social	Bem-estar
10014184	F	Direitos do Paciente	Direitos Humanos
10009302	F	Hiperatividade	Condição Prejudicada: Aumento anormal da atividade física do sistema corporal, tremor, desassossego; dificuldade em permanecer em uma posição, associada a doenças tais como hipertireoidismo ou doenças mentais.
10002035	F	Agitação	Hiperatividade: Circunstância de excitação psicomotora despropositada, atividade incansável, andar ritmado, liberação da tensão nervosa associada a ansiedade, medo ou estresse mental.
10017138	F	Inquietação	Hiperatividade: Sensação de intranquilidade, cansaço e formigamento profundo nos músculos, algumas vezes associado a fasciculação muscular e a sensação de picadas dolorosas.
10009466	F	Hipoatividade	Condição Prejudicada: Diminuição anormal da

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			atividade física do corpo, lentidão, rigidez muscular, máscara facial associada a doenças neurológicas ou mentais.
10024775	F	Tensão (Estresse) do Cuidador	Tensão (Estresse)
10011042	F	Conhecimento	Condição: Conteúdo específico de pensamento, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas; cognição e reconhecimento da informação.
10012495	F	Necessidade	Condição
10017091	F	Responsividade	Condição: Reações a estímulos.
10012843	F	Processo Prejudicado	Processo
10012718	F	Processo Familiar Prejudicado	Processo Familiar: Família incapaz de satisfazer as funções e tarefas familiares. Alteração dos papéis familiares; falta de objetivos familiares; indiferença a mudanças; inabilidade para reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade de lidar com tensões, stress e crise; lar negligenciado; desconfiança de outras pessoas; sentimento de desesperança.
10012532	F	Atitude Prejudicada	Atitude
10012545	F	Comportamento Prejudicado	Comportamento
10006059	F	Comportamento Desorganizado	Comportamento Comprometido: Ações desordenadas e confusas, e que não se integram em resposta a sugestões do meio ambiente.
10006071	F	Crescimento Desproporcional	Crescimento
10012773	F	Processo do Sistema Musculoesquelético Prejudicado	Processo do Sistema Musculoesquelético
10012815	F	Percepção Prejudicada	Percepção
10019310	F	Suspeita	Percepção Prejudicada: Impressão da existência de algo que não está presente; agir sem fundamentos claros, inclinação para acusar mentalmente ou duvidar genuinamente da verdade.
10012827	F	Resposta Física Prejudicada	Resposta Física
10012862	F	Reflexo Prejudicado	Reflexo
10025094	F	Atividade Psicomotora Prejudicada	Atividade Psicomotora
10012610	F	Cognição Prejudicada	Cognição
10002438	F	Afasia	Cognição Prejudicada: Função de linguagem defeituosa ou ausente no uso e compreensão de palavras.
10007406	F	Afasia Expressiva	Afasia: Inabilidade parcial ou completa para formar ou expressar palavras oralmente ou por escrito; não necessariamente acompanhada por um distúrbio na linguagem e no entendimento das palavras.
10014918	F	Processo Positivo	Processo

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10014863	F	Processo Familiar Eficaz	Processo Familiar
10014816	F	Comportamento Positivo	Comportamento
10013777	F	Comportamento Organizado	Comportamento Positivo
10013796	F	Comportamento Infantil Organizado	Comportamento Organizado
10028442	F	Percepção Positiva	Percepção
10016096	F	Estrutura Psicossocial	Estrutura Social
10016684	F	Relacionamento	Estrutura Psicossocial
10023124	F	Relação de Afinidade	Relacionamento
10003446	F	Processo Corporal	Processo
10001993	F	Conjunto de Processos Corporais	Processo Corporal
10009200	F	Desenvolvimento Humano	Processo Corporal: Processo progressivo de desenvolvimento físico, mental e social e de desenvolvimento ao longo da vida.
10004324	F	Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Humano: Desenvolvimento e crescimento físico, mental e social, progressivos, desde o nascimento, ao longo da infância.
10016012	F	Desenvolvimento Psicomotor	Desenvolvimento Infantil: Processo natural evolutivo. Integra aspectos de coordenação, comunicação, socialização e mobilidade. Habilidade das pessoas para interagir com o ambiente por meio de comportamentos.
10023740	F	Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Humano
10023971	F	Desenvolvimento do Recém-nascido	Desenvolvimento Infantil
10012363	F	Processo do Sistema Musculoesquelético	Processo Corporal
10003414	F	Movimento Corporal	Processo do Sistema Musculoesquelético: Movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações.
10014270	F	Percepção	Processo do Sistema Nervoso: Registro mental consciente de um estímulo sensorial; conscientização de objetos ou outros dados por meio dos sentidos.
10024042	F	Percepção Sensorial	Percepção
10008814	F	Audição	Percepção Sensorial: Faculdade para ouvir, devido a respostas a estímulos dos órgãos da audição; capacidade para ouvir.
10018124	F	Visão	Percepção: Faculdade de ver, devido a resposta a estímulos dos órgãos visuais; capacidade para ver.
10018327	F	Olfato	Percepção Sensorial: Faculdade para perceber odores, devido a respostas a estímulos dos órgãos olfativos; capacidade para sentir odores.
10019458	F	Paladar	Percepção Sensorial: Faculdade para perceber sabores, devido a respostas a estímulos dos órgãos gustativos; capacidade para saborear alimento e bebida.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10019895	F	Tato	Percepção Sensorial: Faculdade para sentir, devido a respostas a estímulos dos órgãos táteis; capacidade para a orientação pelo toque e pressão dos órgãos táteis no tegumento.
10016008	F	Atividade Psicomotora	Processo do Sistema Nervoso: Ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, modo voluntário de mover e mobilizar o aparato corporal, requerendo algum grau de coordenação neuromuscular.
10014505	F	Resposta Física	Processo Corporal
10016582	F	Reflexo	Resposta Física
10007646	F	Processo Familiar	Processo: Interações contínuas ou padrões de relacionamento entre os membros da família.
10023646	F	Atitude Familiar	Atitude
10011246	F	Aprendizagem	Pensamento: Processo de aquisição de conhecimento ou habilidade por meios de estudos sistemáticos, instrução, prática, treinamento ou experiência.
10004492	F	Aprendizagem Cognitiva	Aprendizagem Cognitiva: Aquisição de conhecimento associado ao uso consciente da inteligência e pensamento.
10018225	F	Aprendizagem de Habilidade	Aprendizagem: Aquisição de maestria em habilidades práticas, associada a treinamento, repetição e exercício.
10003217	F	Comportamento	Processo Intencional: Ações.
10002897	F	Ligação	Comportamento: Um laço ou vínculo afetivo.
10027183	F	Ligação Criança - Cuidador	Ligação: Estabelecer relacionamento próximo entre o cuidador e a criança.
10027196	F	Ligação Criança - Pais	Ligação Criança - Cuidador: Estabelecer relacionamento próximo entre os pais e a criança.
10004485	F	Cognição	Processo Psicológico: Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória.
10004266	C	Criança	Indivíduo
10027257	C	Mãe	Pais
10010060	C	Bebê	Indivíduo
10013187	C	Recém-nascido	Indivíduo
10005914	M	Fralda	Dispositivo para Absorver ou Coletar
10002832	M	Instrumento de Avaliação	Dispositivo de Avaliação
10011251	M	Material de Aprendizagem	Dispositivo para Comunicação
10007793	M	Mamadeira	Dispositivo para Alimentação
10018667	M	Colher	Dispositivo para Alimentação
10019914	M	Brinquedo	Dispositivo para Recreação
10014630	M	Plano	Artefato
10003970	M	Plano de Cuidado	Plano
10008585	M	Guia de conduta	Plano
10022036	M	Serviço de Saúde da Criança	Serviço de Saúde
10008776	M	Serviço de Promoção de	Serviço de Saúde: Educar e fornecer informação

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
		Saúde	para melhorar um estilo de vida saudável; prevenir doença, objetivando atender as necessidades de saúde; usar recursos disponíveis e colaboração intersetorial; envolver, ativamente, o indivíduo/comunidade no estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e planejamento de estratégias.
10011850	M	Serviço Médico	Serviço de Saúde
10013380	M	Serviço de Enfermagem	Serviço de Saúde
10013604	M	Serviço de Terapia Ocupacional	Serviço de Saúde: Especialidade multidisciplinar que focaliza a promoção, proteção e restauração da saúde dos trabalhadores e a prevenção de doenças e lesões, no contexto de um ambiente de trabalho seguro e saudável. Inclui vigilância ambiental e ocupacional para identificação, avaliação e uso de medidas de precaução visando à prevenção de riscos e perigos para a saúde; o monitoramento da saúde dos indivíduos com relação ao trabalho; a participação no desenvolvimento de programas de apoio aos empregados e a melhoria da segurança dos locais de trabalho dentro de protocolos legais; e a colaboração no fornecimento de informação, treinamento e educação dos empregadores, empregados e governantes para saúde e higiene ocupacional.
10014567	M	Serviço de Fisioterapia	Serviço de Saúde
10018475	M	Serviço Social	Serviço de Saúde
10013333	M	Enfermeira	Prestador de Cuidados
10014522	M	Médico	Prestador de Cuidados
10024003	M	Fisioterapeuta	Prestador de Cuidados
10024088	M	Assistente Social	Prestador de Cuidados
10000412	M	Terapia de Atividade	Terapia
10007667	M	Terapia Familiar	Terapia
10009030	L	Lar	Estrutura Psicossocial
10005539	L	Hospital-dia para Criança	Hospital-Dia
10013351	L	Creche	Hospital-dia para Criança
10008730	L	Instituição de Saúde	Estrutura Social: Estrutura projetada e construída para apoiar o fornecimento de serviços de atenção à saúde, frequentemente associado com hospital, clínica.
10004459	L	Clínica	Instituição de Saúde
10013367	L	Clínica de Enfermagem	Clínica
10014579	L	Clínica de Fisioterapia	Clínica
10004779	L	Centro de Saúde Comunitário	Instituição de Saúde
10009114	L	Hospital	Instituição de Saúde
10013044	L	Vizinhança	Estrutura Social
10017537	L	Escola	Estrutura Social: Estrutura projetada e construída para educação e treinamento.
10018900	L	Estrutura Corporal	Estrutura

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10003388	L	Corpo	Estrutura Corporal
10004348	T	Infância	Período de Desenvolvimento
10019784	T	Período de Engatinhar	Infância
10010087	T	Primeira Infância (até 1 ano)	Período de Desenvolvimento
10013059	T	Período Neonatal	Primeira Infância
10013194	T	Período de Recém-nascido	Primeira Infância
10002850	A	Assistir	Atender: Fazer parte do trabalho, com ou para alguém.
10007499	A	Facilitar	Auxiliar: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém.
10015801	A	Promover	Auxiliar: Ajudar a começar ou a avançar alguma coisa para alguém.
10005848	A	Desenvolver	Promover: Favorecer o crescimento de uma ideia, pessoa, ou grupo/comunidade.
10006796	A	Empoderar	Promover: Capacitar a pessoas a realizar suas habilidades para influenciar a própria saúde.
10006945	A	Melhorar	Promover: Aumentar, intensificar ou tornar melhor o que já era de boa qualidade.
10001901	A	Avançar	Melhorar: Fazer progresso, melhorar, ir em frente.
10010039	A	Induzir	Promover: Ajudar algo a acontecer.
10012242	A	Motivar	Promover: Fazer alguém agir de uma forma particular ou estimular o interesse de alguém em uma atividade.
10019142	A	Apoiar	Auxiliar: Dar ajuda social ou psicológica para que alguém possa progredir; manter alguém ou alguma coisa distante do fracasso, ou sustentar o peso, ou manter algo na posição, segurar.
10006823	A	Encorajar	Apoiar: Dar confiança ou esperança a alguém.
10016480	A	Tranquilizar	Apoiar: Diminuir o medo e restaurar a confiança.
10016650	A	Reforçar	Apoiar: Fortalecer alguém ou alguma coisa.
10015864	A	Proteger	Prevenir: Manter alguém ou alguma coisa segura de algo, ou tomar precauções contra alguma coisa.
10004542	A	Colaborar	Relacionar: Trabalhar juntamente com uma ou mais pessoas.
10005017	A	Consultar	Relacionar: Buscar conselho, obter informação, compartilhar ideias e considerar parcerias.
10005038	A	Contatar	Relacionar: Estar em comunicação com outras pessoas com o propósito de obter informações, estabelecer relacionamentos e rede de comunicação.
10011845	A	Mediar	Negociar: Resolver ou acertar as diferenças, chegar a um acordo.
10024813	A	Estabelecer	Comunicar
10011383	A	Ouvir	Comunicar: Fazer um esforço para ouvir outras pessoas, escutar atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder aos outros.
10019436	A	Falar	Comunicar: Conversar usando linguagem falada,

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			articulando as palavras.
10010877	A	Envolver	Comportamento Interativo: Ação de estar engajado e demonstrar interesse em outros indivíduos e vontade de ajudar os outros.
10014099	A	Participar	Comportamento Interativo: Participar de alguma coisa, compartilhar uma atividade.
10015409	A	Elogiar	Relacionar: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa.
10020133	A	Tratar	Atender: Cuidar, diminuindo, acabando, removendo ou restaurando alguma coisa.
10017140	A	Restaurar	Tratar: Trazer de volta a uma condição anterior ou original; renovar ou rejuvenescer, mental e fisicamente.
10007066	A	Avaliar	Determinar: Processo contínuo para medir qual o progresso ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos.
10002298	A	Analisar	Avaliar: Sintetizar a informação sobre alguma coisa.
10002673	A	Obter dados	Avaliar: Estimar o tamanho, qualidade e significância de alguma coisa.
10009631	A	Identificar	Avaliar: Estabelecer a identidade de alguém ou alguma coisa sistematicamente.
10015770	A	Estabelecer perfil	Identificar: Identificar sistematicamente o comportamento de saúde e as necessidades de uma população.
10019967	A	Traçar	Identificar: Observar, descobrir ou encontrar vestígios ou sinais de alguém ou alguma coisa por investigação.
10010492	A	Interpretar	Avaliar: Entender ou explicar alguma coisa.
10019594	A	Testar	Avaliar: Experimentar ou fazer um ensaio de alguém ou alguma coisa.
10021863	A	Teste Diagnóstico	Testar
10020727	A	Verificar	Avaliar: Estabelecer a verdade e exatidão de alguma coisa.
10010542	A	Entrevistar	Determinar: Examinar por meio de questões e provocando respostas faladas.
10012154	A	Monitorar	Determinar: Exame minucioso, feito em ocasiões repetidas ou regulares, em alguém ou alguma coisa.
10010348	A	Inspecionar	Monitorar: Olhar de perto, de forma sistemática, para alguém ou alguma coisa.
10019093	A	Supervisionar	Monitorar: Supervisionar o progresso de alguém ou alguma coisa.
10019277	A	Vigiar	Monitorar: Observação próxima de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua.
10019283	A	Investigar	Monitorar: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa, repetidamente ou regularmente em um período de tempo.
10013474	A	Observar	Determinar: Notar e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.
10004189	A	Conferir	Observar: Estabelecer a exatidão, qualidade e

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			condição de alguma coisa.
10007256	A	Examinar	Observar: Inquirir sobre alguma coisa e olhar de perto, para alguma coisa ou alguém para estabelecer presença, ausência ou características de alguma coisa.
10010162	A	Informar	Ação: Contar alguma coisa para alguém.
10005797	A	Descrever	Informar: Relatar verbalmente, ou por escrito, as características de alguém ou alguma coisa.
10006173	A	Documentar	Descrever: Acumular e registrar informação.
10016498	A	Registrar	Descrever: Relatar uma parte de evidência ou informação que constitui a narrativa do que ocorreu ou foi dito.
10016771	A	Relatar	Descrever: Fazer uma narrativa ou sumarizar eventos ou observações.
10007370	A	Explicar	Informar: Tornar alguma coisa evidente ou clara para alguém.
10008592	A	Guiar	Informar: Direcionar alguém para uma decisão sobre assuntos relacionados à saúde.
10001917	A	Notificar	Guiar: Sugerir que o curso de uma ação promovida seja seguido.
10005254	A	Aconselhar	Guiar: Capacitar alguém a tomar as próprias decisões por meio de diálogo.
10019502	A	Ensinar	Informar: Dar informação sistemática para alguém sobre assuntos relacionados à saúde.
10006564	A	Educar	Ensinar: Dar conhecimento de alguma coisa a alguém.
10010376	A	Instruir	Ensinar: Dar informação sistemática a alguém sobre como fazer alguma coisa.
10020007	A	Treinar	Instruir: Desenvolver as habilidades de alguém ou funções de alguma coisa.
10002464	A	Aplicar	Distribuir: Fazer uso prático de alguma coisa.
10013636	A	Oferecer	Distribuir: Dar uma oportunidade para (alguém).
10015935	A	Fornecer	Distribuir: Fazer algo ficar pronto para alguém.
10009840	A	Implementar	Gerenciar: Usar conhecimento e habilidade para colocar os planos em ação.
10013572	A	Obter	Gerenciar: Tomar posse de alguma coisa, adquirir.
10004574	A	Coletar	Obter: Trazer alguma coisa junto, agrupar.
10005600	A	Diminuir	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado menor.
10009961	A	Aumentar	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado maior.
10010221	A	Iniciar	Regular: Começar a fazer mudanças em alguma coisa ou fazer alguma coisa de modo diferente.
10011504	A	Manter	Regular: Manter, reter ou continuar alguma coisa.
10013712	A	Otimizar	Manter: Alcançar o melhor resultado.
10018729	A	Estabilizar	Manter: Tornar algo difícil de ser mudado.
10011354	A	Estabelecer Limite	Restringir: Limitar ou conter comportamento.
10017155	A	Limitar	Restringir: Manter alguém ou alguma coisa

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			dentro de limites.
10014648	A	Planejar	Coordenar: Considerar, ordenar e arranjar alguma coisa antecipadamente.
10015736	A	Priorizar	Planejar: Ordenar alguma coisa em uma fila, em termos de precedência.
10020179	A	Triar	Priorizar: Designar graus de urgência para decidir a ordem de tratamento de feridas, doenças, etc.
10017528	A	Agendar	Planejar: Fazer um cronograma, isto é, uma agenda de horário.
10016576	A	Encaminhar	Coordenar: Enviar ou dirigir uma pessoa para alguém ou alguma coisa.
10016873	A	Requisitar	Coordenar: Pedir a alguém para fazer alguma coisa; ordenar alguma coisa.
10006950	A	Garantir	Organizar: Ter certeza ou estar certo.
10022027	DC	Adaptação Prejudicada	Adaptação
10027219	DC	Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança	Ligação Afetiva Cuidador-Criança
10025087	DC	Atividade Psicomotora Prejudicada	Atividade Psicomotora Prejudicada
10026017	DC	Bem-estar Psicológico Comprometido	Bem-estar Psicológico
10025999	DC	Bem-estar Social Comprometido	Bem-estar Social
10001046	DC	Deambulação Prejudicada	Capacidade para Deambular
10022321	DC	Cognição Prejudicada	Cognição
10000653	DC	Comportamento Infantil Desorganizado	Comportamento Desorganizado
10027430	DC	Comportamento Interativo Prejudicado	Comportamento Interativo
10023370	DC	Comunicação Prejudicada	Capacidade para Comunicar-se
10025104	DC	Comunicação Verbal Prejudicada	Capacidade para Comunicar-se Falando
10022544	DC	Déficit Auditivo	Capacidade Auditiva
10022730	DC	Déficit Sensorial	Capacidade Sensorial
10001033	DC	Deglutição Prejudicada	Capacidade para Deglutir
10023287	DC	Desenvolvimento Prejudicado do Bebê	Desenvolvimento do Bebê
10023273	DC	Desenvolvimento Prejudicado do Recém-Nascido	Desenvolvimento do Recém-Nascido
10023260	DC	Desenvolvimento Humano Prejudicado	Desenvolvimento Humano
10023294	DC	Desenvolvimento Prejudicado da Criança	Desenvolvimento da Criança
10022748	DC	Capacidade para Enxergar Prejudicada	Capacidade para Enxergar
10000939	DC	Parentalidade Prejudicada	Capacidade para Parentalidade
10027955	DC	Desempenho Eficaz do	Habilidade para Desempenho do Papel Parental

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
		Papel Parental	
10001242	DC	Percepção Alterada	Percepção Prejudicada
10023078	DC	Processo Familiar Prejudicado	Família Disfuncional
10025232	DC	Processo Familiar Eficaz	Processo Familiar Eficaz
10000788	DC	Processo Familiar Interrompido	Família Disfuncional
10015082	DC	Risco de Comportamento Infantil Desorganizado	Comportamento Desorganizado
10015198	DC	Risco de Habilidade Prejudicada para Executar o Papel Parental	Habilidade para o Papel Parental
10026029	DC	Bem-estar Psicológico	Bem-estar Psicológico
10026001	DC	Bem-estar Social	Bem-estar Social
10028333	DC	Deambulação Eficaz	Habilidade para Deambular
10028367	DC	Cognição Eficaz	Cognição Positiva
10028823	DC	Complicação Ausente	Complicação Ausente
10028063	DC	Comportamento Interativo Eficaz	Comportamento Interativo
10028572	DC	Desenvolvimento Humano Eficaz	Desenvolvimento Humano
10025025	DC	Habilidade Eficaz para Comunicar-se	Habilidade Eficaz para Comunicar-se
10021828	DC	Habilidade para Adaptar-se	Habilidade para Adaptar-se
10028322	DC	Habilidade Eficaz para Transferir-se	Habilidade para Transferir-se
10028173	DC	Percepção Sensorial Eficaz	Percepção Sensorial
10027675	DC	Processo Eficaz do Sistema Nervoso	Processo do Sistema Nervoso
10028092	DC	Processo Eficaz do Sistema Musculoesquelético	Processo Positivo do Sistema Musculoesquelético
10001424	DC	Prontidão para Comportamento Infantil Organizado	Prontidão
10001430	DC	Prontidão para Comunicação Eficaz	Prontidão
10001521	DC	Prontidão para Parentalidade Positiva	Prontidão
10001482	DC	Prontidão para Processo Familiar Eficaz	Prontidão
10026064	IC	Obter Dados sobre Ambiente	Obter Dados
10024192	IC	Obter Dados sobre Atitude Frente à Doença	Obter Dados
10026126	IC	Aferir Bem-estar Físico	Aferir
10026040	IC	Obter Dados sobre as Capacidades	Obter Dados
10024570	IC	Apoiar Cuidador	Apoiar
10007107	IC	Avaliar Resposta	Avaliar

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
		Psicossocial à Instrução	
10007153	IC	Avaliar Resposta Psicossocial à Instrução Sobre o Plano de Cuidado	Avaliar
10024710	IC	Demonstrar Prevenção de Quedas	Demonstrar
10005830	IC	Determinar Conhecimento	Determinar
10024377	IC	Encorajar Afirmações Positivas	Encorajar
10024128	IC	Ensinar a Família Sobre Prevenção de Quedas	Ensinar
10024687	IC	Ensinar Medidas de Segurança	Ensinar
10023406	IC	Ensinar Prevenção de Quedas	Ensinar
10026323	IC	Envolver no Processo de Tomada de Decisão	Envolver
10026375	IC	Providenciar Orientação Familiar Antecipatória	Providenciar
10006966	IC	Assegurar Continuidade de Cuidado	Assegurar
10009649	IC	Identificar Atitude Relativa ao Cuidado	Identificar
10014761	IC	Posicionar o Paciente	Posicionar
10007531	IC	Prevenir Queda	Proteger
10022537	IC	Reforçar Autoeficácia	Reforçar
10026436	IC	Reforçar Capacidades	Reforçar
10026188	IC	Reforçar Definição de Prioridades	Reforçar
10026427	IC	Reforçar Conquistas	Reforçar

APÊNDICE E

Programa computacional do Catálogo CIPE®: Acompanhamento do DI de crianças de 0 a 3 anos de idade.

Tela inicial, na qual o enfermeiro faz seu login para entrar no sistema.

Tela após a efetivação do login.

Tela onde o enfermeiro opta por fazer o cadastro (cadastrar uma nova criança no sistema), registra um acompanhamento, faz relatórios ou faz alterações de informações no sistema.

Telas na qual o enfermeiro inicia o cadastro da criança ou de um novo usuário.

← → localhost:8080/sadi

SADI

- Cadastros
 - Usuários
 - Pacientes
- Acompanhamento
- Relatórios
- Alterar informações

Sair

Login
 Senha
 Nome
 E-mail
 COREN

Gravar Voltar

← → localhost:8080/sadi

SADI

- Cadastros
 - Usuários
 - Pacientes
- Acompanhamento
- Relatórios
- Alterar informações

Sair

Pacientes
 Nome: Mauricio

Mauricio Ribeiro Silva Filho
 Mauricio Fernandes

Carregar

← → localhost:8080/sadi

SADI

- Cadastros
 - Usuários
 - Pacientes
- Acompanhamento
- Relatórios
- Alterar informações

Sair

Tela de cadastro de uma nova criança no sistema

The screenshot shows the 'SADI' web application interface. On the left is a sidebar menu with the following options: 'Cadastros' (expanded), 'Usuários', 'Pacientes', 'Acompanhamento', 'Relatórios', and 'Alterar informações'. Below the menu is a 'Sair' button. The main content area has three tabs: 'Dados do Paciente' (selected), 'Fatores de Risco', and 'Alterações Físicas'. The 'Dados do Paciente' tab contains the following form fields:

- Nome
- Data de Nascimento
- Natural de
- Mãe
- Pai
- Endereço
- Complemento
- Ponto de Referência
- Bairro
- Cep
- Cidade
- Estado
- Raça/Cor/Etnia
- Unidade Básica que Frequenta
- Nº do Prontuário na UBS
- Nº da Declaração de Nascido Vivo
- Nº do Registro Civil de Nascimento
- Nº do Cartão do SUS

At the bottom of the form are 'Gravar' and 'Voltar' buttons.

Tela na qual o enfermeiro registra os fatores de risco da criança.

This screenshot shows the 'Fatores de Risco' tab within the SADI application. The sidebar and 'Dados do Paciente' tab are visible in the background. The 'Fatores de Risco' tab contains a list of risk factors, each preceded by a radio button:

- ☐ Ausência ou pré-natal incompleto.
- ☐ Problemas na gestação, parto ou nascimento.
- ☐ "Prematuridade (menor de 37 semanas)"
- ☐ Peso abaixo de 2.500g.
- ☐ Icterícia grave.
- ☐ Hospitalização no período neonatal.
- ☐ Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
- ☐ Parentesco entre os pais.
- ☐ Casos de deficiência ou doença mental na família.
- ☐ Fatores de risco ambientais, como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

Tela de registro das informações referentes a alterações físicas que a criança pode apresentar na primeira consulta.

The screenshot shows the SADI web application interface. The browser address bar indicates the URL is localhost:8080/sadi. The application title is 'SADI'. On the left sidebar, there are navigation links: 'Cadastrados' (with sub-links 'Usuários' and 'Pacientes'), 'Acompanhamento', 'Relatórios', and 'Alterar informações'. A 'Sair' button is located at the bottom of the sidebar. The main content area has three tabs: 'Dados do Paciente', 'Fatores de Risco', and 'Alterações Físicas'. The 'Alterações Físicas' tab is active, displaying a list of physical changes with radio buttons for selection:

- ☐ Perímetro cefálico menor -2 escores z ou maior +2 escores z.
- ☐ Presença de alterações fenotípicas.
- ☐ Fenda palpebral oblíqua.
- ☐ Olhos afastados.
- ☐ Implantação baixa de orelhas.
- ☐ Lábio leporino.
- ☐ Fenda palatina.
- ☐ Pescoço curto e/ou largo.
- ☐ Prega palmar única.
- ☐ 5º dedo da mão curto e recurvado.

The screenshot shows the SADI web application interface with the 'Acompanhamento' tab selected. The browser address bar indicates the URL is localhost:8080/sadi. The application title is 'SADI'. On the left sidebar, there are navigation links: 'Cadastrados' (with sub-links 'Usuários' and 'Pacientes'), 'Acompanhamento', 'Relatórios', and 'Alterar informações'. A 'Sair' button is located at the bottom of the sidebar. The main content area has three tabs: 'Dados do Paciente', 'Fatores de Risco', and 'Acompanhamento'. The 'Acompanhamento' tab is active, displaying a search bar and a list of patients for follow-up.

Tela de acompanhamento de crianças já cadastradas. Nesta tela o enfermeiro localiza a criança pelo nome cadastrado no sistema.

A tela abaixo mostra as informações da criança e relaciona os marcos do DI que constam no instrumento de vigilância do DI da caderneta da criança do Ministério da Saúde esperados para a idade.

SADI

Nome: Ana Carolina Farias Arantes
 Nascimento: 23/06/2013
 Mãe: Livia Ribeiro Farias
 Pai: Marcelo Vieira Arantes
 32 dias de vida

Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.	☐ P ☐ A ☐ NV
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.	☐ P ☐ A ☐ NV
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.	☐ P ☐ A ☐ NV
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.	☐ P ☐ A ☐ NV
Sorriso social quando estimulada	Soma e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.	☐ P ☐ A ☐ NV
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.	☐ P ☐ A ☐ NV
Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.	☐ P ☐ A ☐ NV
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.	☐ P ☐ A ☐ NV

Finalizar

Tela com o exemplo de um diagnóstico por área. Neste exemplo, área motora.

SADI

Nome: Ana Carolina Farias Arantes
 Nascimento: 23/06/2013
 Mãe: Livia Ribeiro Farias
 Pai: Marcelo Vieira Arantes
 32 dias de vida

"Risco para atividade psicomotora prejudicada"

Intervenções:

- Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras de acordo com a idade
- Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança
- Orientar mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança
- Apoiar o cuidador/pais
- Motivar a mãe a estimular o DI
- Promover ambiente seguro e estimulante para a criança
- Informar resultado da avaliação
- Verificar as capacidades da criança para realizar funções neuropsicomotoras
- Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio
- Avaliar resposta psicossocial à instrução dada pelo profissional
- Planejar novo agendamento para a avaliação do DI

Observações

Finalizar

A tela seguinte mostra outro exemplo com outros marcos avaliados.

The screenshot shows the SADI system interface. On the left, there is a sidebar with navigation options: Cadastros, Acompanhamento (selected), Relatórios, and Alterar informações. The main area displays patient information: Nome: Ana Carolina Farias Arantes, Nascimento: 23/06/2013, Mãe: Livia Ribeiro Farias, Pai: Marcelo Vieira Arantes, and 32 dias de vida. Below this, there is a table of developmental milestones with checkboxes for evaluation. The milestones listed are: Postura: barriga para cima, pernas e braços flexionados, cabeça lateralizada; Observa um rosto; Reage ao som; Eleva a cabeça; Sorriso social quando estimulada; Abre as mãos; Emite sons; and Movimenta ativamente os membros. Each milestone has a corresponding checkbox with radio buttons for 'P' (Present), 'A' (Absent), and 'NV' (Not Valid). A 'Finalizar' button is located at the bottom right.

Marcos	Observações	Resultado
Postura: barriga para cima, pernas e braços flexionados, cabeça lateralizada	Deito a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.	☒ P ☐ A ☐ NV
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.	☒ P ☐ A ☐ NV
Reage ao som	Bata palma ou balance um choalho a cerca de 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.	☒ P ☐ A ☐ NV
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.	☒ P ☐ A ☐ NV
Sorriso social quando estimulada	Sonia e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.	☒ P ☐ A ☐ NV
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.	☒ P ☐ A ☐ NV
Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.	☒ P ☐ A ☐ NV
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.	☒ P ☐ A ☐ NV

Tela mostra um exemplo de diagnóstico geral.

The screenshot shows the SADI system interface. On the left, there is a sidebar with navigation options: Cadastros, Acompanhamento (selected), Relatórios, and Alterar informações. The main area displays patient information: Nome: Ana Carolina Farias Arantes, Nascimento: 23/06/2013, Mãe: Livia Ribeiro Farias, Pai: Marcelo Vieira Arantes, and 32 dias de vida. Below this, there is a section titled "Desenvolvimento infantil eficaz" with a list of interventions: Dialogar a mãe/cuidador; Informar mãe/cuidador sobre o resultado da avaliação; Informar mãe/cuidador sobre a importância do brincar para a criança; Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança; Planejar novo agendamento para a avaliação do DI; and Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI. There is also a section titled "Observações" with a text area for notes. A 'Finalizar' button is located at the bottom right.

Tela que mostra o item que o enfermeiro deve escolher para alterar informações.

Tela na qual o enfermeiro “grava” as alterações realizadas. Essas alterações ficam atreladas ao seu login, permitindo recuperar a informação de quem fez a alteração, rastreabilidade.

Apêndice F

Intervenções

Aplicar instrumento de avaliação do DI. A Academia Americana de Pediatria, (2006) sugere a triagem do desenvolvimento por meio da aplicação de instrumentos rápidos, validados e padronizados. Cada serviço deve optar por o instrumento que melhor se adeque a sua realidade local.

Apoiar a família. A forma básica de apoiar a família é habilitar e instruí-la para os cuidados com a criança, respeitando sua capacidade e delegando poderes decisórios e autonomia para sua participação nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Apoiar o cuidador/pais. O apoio ao cuidador/pais consiste em auxiliá-lo na identificação dos problemas, dos recursos disponíveis e na determinação dos objetivos e ações a serem realizadas (Almeida e Sabatés, 2008).

Avaliar capacidade do cuidador para cuidar da criança. Podemos avaliar a capacidade do cuidador para cuidar da criança através da observação e também da escuta atenta ao cuidador, na qual ele pode verbalizar suas dificuldades e suas capacidades. Quanto à observação, deve ser realizada em todos os atendimentos da criança. Observam-se as condições de higiene da criança e nutrição, vestuário, indícios de maus tratos, etc.

Avaliar o vínculo entre pais/cuidadores com a criança. O vínculo entre a criança e a mãe/cuidador é um fator protetor para o DI, por isso sua avaliação se faz importante. Pode ser avaliado até mesmo durante uma consulta, por exemplo, a forma como a mãe/cuidador segura a criança, o contato verbal ou visual entre ambos. As condições de higiene da criança também podem indicar sobre os cuidados que ela vem recebendo, o que pode fornecer pistas sobre o vínculo (Brasil, 2013).

Avaliar resposta psicossocial à instrução dada ao cuidador. É importante avaliar sempre o que o cuidador pôde apreender da informação oferecida e o quanto esta informação faz sentido para ele.

Documentar informações sobre a criança. É preciso registrar em prontuário ou sistema de registro próprio da instituição as informações sobre a criança pertinentes

ao seu histórico de enfermagem, exame físico e avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade. Cabe registrar também o diagnóstico de enfermagem, suas intervenções pertinentes e também a evolução de enfermagem (Almeida e Sabatés, 2008). **Elaborar e estabelecer rotinas sociais que utilizem a linguagem de acordo com faixa etária.** As rotinas sociais podem variar com idade da criança. Assim, encontros familiares, o convívio com outros adultos além dos pais e também com outras crianças contribuem no desenvolvimento da criança, e consequentemente o da linguagem também. Há estudos que afirmam que crianças que tem convívio com a família extensa (tios, avós, primos) tendem a ser mais desenvolvidos (Bronfenbrenner, 2011). **Elogiar a mãe/cuidador.** A caderneta da criança propõe como uma das condutas elogiar a mãe. O elogio sincero cria sem dúvida uma situação de empatia e pode contribuir na melhora da relação entre mãe/cuidador e profissional de saúde. (Brasil, 2013). **Encaminhar para avaliação especializada.** O enfermeiro observa o comportamento da criança frente a uma determinada situação e na presença de alguma anormalidade detecta a necessidade de uma avaliação especializada (Kretzer, 2009). Esta avaliação especializada pode ser realizada por vários profissionais a depender da área do desenvolvimento o qual a criança apresentou alteração (OPAS,2005). **Encorajar os pais a propiciar brincadeiras mais elaboradas, de acordo com o desenvolvimento.** É preciso entender que a brincadeira e os jogos são formas de comunicação da criança, elas nos dão indícios sobre o progresso do desenvolvimento da criança nos âmbitos físicos, social e intelectual (Wong, 1999). É importante estar atento a esta forma “gradativa”, oferecendo a criança brincadeiras mais desafiantes, mais estimulantes, de acordo com sua faixa etária e capacidades intelectual e física. **Ensinar cuidador sobre movimentação e posicionamento da criança para estimular as funções motoras de acordo com a idade.** Trazer ao cuidador/pais informações sobre o melhor posicionamento da criança de acordo com a idade; estimular a criança a rolar, engatinhar, e o ortostatismo. Informar sobre os movimentos durante o uso do brinquedo e das brincadeiras (Kretzer et al, 2009). **Envolver o cuidador no**

desenvolvimento da capacidade de adaptação e aprendizado da criança.

É preciso não apenas informar o cuidador sobre a importância do aprendizado da criança, mas envolvê-lo neste processo, fazendo com que ele perceba a evolução da criança e se sinta a vontade para propiciar este aprendizado. Partindo das habilidades já estabelecidas para as novas habilidades. **Escutar cuidador.** Escutar o cuidador dando importância a fatores circunstanciais e relação entre pais e filhos (Ordem do Enfermeiros, 2010). **Estabelecer uma rotina social para a criança.** A criança necessita de interação com outras crianças e com adultos em situações sociais, pois a criança agrega os valores morais, hierárquicos e típicos próprios da sua cultura. **Estimular a família a permitir a independência da criança.** É interessante reforçar com a família a importância da independência da criança e sua autonomia, pois isso melhora a qualidade de vida e a autoestima da criança. Observando as dificuldades na realização das tarefas a fim de conhecer as que necessitam de mais ou menos auxílio (Kletzer et al, 2009). **Estimular a participação da família em rede de apoio.** As redes sociais de apoio são muito importantes na vinculação das famílias. Podem ajudar a suprir necessidades das mesmas. Necessidades com ajuda financeira, material, companhia social, guia cognitivo e conselhos, jurídico, entre outros (Dezoti et al, 2013). São exemplos: igrejas, centros de convivência, organizações não governamentais, etc. **Estimular a presença da criança em espaços de aprendizagem.** Vários são os espaços de aprendizagem para uma criança. Escolas, brinquedotecas, parques, museus, teatros, dentre outros. É preciso estimular as crianças a frequentar estes locais.

Já intervenção “**Estimular o aprendizado**” consiste não somente em propiciar a presença da criança em ambientes de aprendizado, mas participar das atividades com criança, dando a ela um tempo de qualidade. **Estimular a promoção do DI.** Propiciar um ambiente seguro e estimulante para a criança durante os atendimentos (Brêtas, 2006). **Estimular o cuidador a promover o DI.** Deve ser incentivada a estimulação da criança por parte do seu cuidador e família sempre, mesmo que a criança seja capaz de realizar todos os marcos da sua faixa etária (Brasil, 2013). **Estimular**

parentalidade eficaz. Estudos demonstram que os pais são importantes no desenvolvimento dos seus filhos e que práticas parentais inadequadas (comportamentos hostis, violência etc.) podem acarretar problemas de comportamento nos filhos (Cia, Williams e Aiello, 2005). **Garantir continuidade do cuidado / Garantir acesso ao tratamento.** A garantia de continuidade está relacionada o cuidado integral que envolve ações de promoção, tratamento e reabilitação (Melo, Tonete e Silva, 2009). **Identificar risco genético / Investigar risco genético.** O enfermeiro deve buscar nos registros de saúde da criança informações sobre risco genético, atentar no exame físico para a presença de alterações fenotípicas, questionar os pais quanto ao parentesco dos mesmos e buscar informações sobre a família, pensando em aspectos de hereditariedade. **Incentivar o cuidador a participar de redes de apoio.** A participação em redes de apoio como ONGs, órgãos públicos, principalmente os grupos de apoio deve ser incentivada, pois permite a família o convívio com outras famílias com problemas similares e a troca de experiências que facilitam sua vida cotidiana (Kletzer et al., 2009). **Incluir pessoas, equipes, grupos ou sistemas de apoio no ambiente da criança.** Verificar com o cuidador/pais quem são as pessoas que podem apoiar a família, procurando identificar na comunidade a qual está inserida a criança os grupos e sistemas de apoio. Tais como ONGs, grupos religiosos, grupos de apoio, órgãos públicos dentre outros (Kletzer et al., 2009). **Informar a mãe/cuidador sobre resultado da avaliação.** O resultado da avaliação deve ser informado de forma compreensível ao cuidador/mãe sempre, pois prestar informações adequadas à pessoa e a família sobre a assistência de enfermagem prestada é um deveres do enfermeiro previstos no seu código de ética no artigo 17, seção I - Das Relações com pessoa, família e coletividade (Brasil, 2007). **Informar cuidador sobre redes de apoio.** A família deve ser informada sobre organizações comunitárias e demais organizações que possam contribuir na resolução dos problemas levantados e na satisfação das necessidades. Igrejas, escolas, grupos de pais, ONGs, dentre outros, podem contribuir (Brazelton e Grenspan, 2002). **Informar mãe/cuidador sobre a importância do brincar para a criança.** É importante esclarecer para os

pais/cuidadores a importância do brincar. O brincar é sem dúvida mais que uma distração para a criança. É o meio pelo qual a crianças tem a oportunidade de desenvolver os aspectos físicos, emocionais, cognitivos, sociais e culturais. Trata-se de uma necessidade básica da criança e deve ser valorizada tanto quanto a alimentação, higiene e outros cuidados (Ribeiro, Borba, Rezende, 2009). **Monitorar a estrutura e os papéis familiares.** A monitorização da estrutura familiar auxilia o profissional no entendimento da dinâmica familiar, isso se torna primordial na medida em que sabemos que a família é responsável pela maioria dos cuidados e das ações positivas de saúde (Dezoti et al, 2013). Instrumentos como o ecomapa e o genograma podem contribuir na operacionalização desta ação. (Mello et al 2005). **Motivar a mãe a continuar a estimular o DI.** Uma das maneiras de estimular a mãe a continuar a promover o DI é alternar o conhecido com o novo, de modo a possibilitar a transferência de experiências (Brêtas, 2006).

Há um conjunto de intervenções que tratam da estimulação da criança de uma forma global. **Motivar a mãe a estimular o DI / Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança / Reforçar a mãe/cuidador a importância de estimular a criança / Reforçar com a mãe/cuidador como estimular a criança.** Para sua efetivação é preciso o uso de estratégias para motivar cuidadores/pais é o diálogo. Tentar conversar com a mãe no sentido de eliminar os fatores inibidores que possam bloquear as ações de estimulação, procurando soluções para as dúvidas e discutindo as alternativas pode ser uma boa estratégia (Brêtas, 2006). Conversar com a mãe sobre a importância da estimulação naquele momento para a criança. Oferecendo informações práticas sobre estimulação. **Observar a dinâmica familiar.** É preciso observar a dinâmica familiar para se detectar problemas que possam interferir no processo de desenvolvimento da criança, pois durante as interações familiares muitos dos comportamentos comuns na sua cultura são transmitidos e se forma muito da base da subjetividade e da personalidade e da identidade da criança. (Silva et al., 2008).

A intervenção “**Oferecer informações antecipadas sobre as características do DI**” apesar de ser avaliadas pelos peritos como secundária e obtido os menores escores está prevista na literatura como algo

importante. As informações antecipadas ajudam os pais/cuidadores a observar e identificar as habilidades da criança. A identificação precoce, ou seja, o conhecimento prévio de um determinado sinal evolutivo em atraso pode representar a prevenção para um futuro distúrbio na aprendizagem (Brêtas, 2006). **Orientar cuidador a criar oportunidades de comunicação para a criança / Orientar cuidador a oferecer atividades de interesse da criança que utilizem linguagem de acordo com faixa etária / Orientar cuidador a ter como objetivo a obtenção de gestos, vocabulário ou estruturas de linguagem específicos da criança de acordo com a idade.**

A mãe/cuidador deve ser estimulada a estabelecer com a criança a comunicação efetiva de acordo com a sua faixa etária. Deve-se sempre falar com a criança de forma clara e bem articulada em todas as oportunidades. Criar também situações tentando obter gestos e vocabulários de linguagem (Wong, 1997). **Orientar cuidador a permitir que a criança explore o ambiente com segurança.** A orientação da mãe/cuidador quanto ao ambiente é muito importante, porque o ambiente deve ser estimulador e ao mesmo tempo oferecer condições de segurança, considerando a prevenção de acidentes e cada faixa etária da criança (Brêtas, 2006; Brazelton, Greenspan, 2002). **Orientar cuidador a transmitir segurança para criança.** A criança necessita de segurança para explorar o ambiente a qual está inserida. Esta segurança está relacionada não somente ao ambiente estimulador e livre de riscos, mas às relações sustentadoras, as quais estabelece com seu cuidador principal (Brazelton, Greenspan, 2002). **Orientar mãe/cuidador a realizar movimentos de estimulação motora de acordo com a idade da criança.** Fornecer informações sobre: o melhor posicionamento da criança de acordo com a idade; estimular a criança a rolar, engatinhar, e o ortostatismo. Informar sobre os movimentos durante o uso do brinquedo e das brincadeiras (Kretzer et al, 2009). **Orientar o cuidador a encorajar a iniciativa da criança.** É preciso encorajar o cuidador permita a iniciativa da criança na realização das atividades pertinentes a sua faixa etária, pois através de tarefas relativamente simples a criança vai desenvolvendo suas capacidades e realizando tarefas cada vez mais complexas. **Orientar o cuidador a permitir que a criança explore o**

ambiente de forma segura. A orientação da mãe/cuidador quanto ao ambiente é muito importante, porque o ambiente deve ser estimulador e ao mesmo tempo oferecer condições de segurança, considerando a prevenção de acidentes e cada faixa etária da criança (Brêtas, 2006; Brazelton, Greenspan, 2002). **Planejar novo agendamento para a avaliação do DI.** A cada consulta e avaliação do desenvolvimento infantil é preciso agendar um novo encontro a fim de realizar uma nova avaliação (OPAS, 2005). **Promover ambiente seguro e estimulante para a criança.** É preciso permitir que a criança permaneça num ambiente seguro, isto é livre de potenciais perigos e que estimule seu desenvolvimento de forma global. (Ordem dos Enfermeiros, 2010). **Promover o vínculo da criança com o cuidador.** As interações emocionais ancoram não somente a cognição, mas a maioria das capacidades intelectuais de uma criança, a criatividade e sua capacidade de pensamento abstrato (Brazelton e Greenspan, 2002). **Reforçar a importância do brincar para o DI / Reforçar a mãe/cuidador a estimular a criança a brincar.** Através dos jogos e brincadeiras as crianças revelam seus conhecimentos e a sua percepção do mundo que a cerca, das relações interpessoais, e constituem uma linguagem universal das crianças. Ajudam na liberação da energia excedente nas crianças, auxiliam no seu desenvolvimento intelectual, moral, na sua criatividade e socialização (Wong, 1997). **Reforçar a mãe/cuidador a estimular a fala com a criança / Motivar a mãe a estimular o diálogo com a criança.** A estimulação da fala consiste em várias atitudes, tais como conversar com a criança e tentar manter uma comunicação efetiva com a criança. Isto é, passar um tempo junto a criança, encorajar a expressão das suas ideias, respeitar sua privacidade, respeitar a suas opiniões e sobretudo “não tentar ajudar” a criança completando suas palavras ou ideias (Wong, 1997). **Reforçar a mãe/cuidador a estimular o aprendizado da criança. Rever histórico de saúde.** A revisão breve do histórico de saúde deve ser sempre realizada antes da consulta para que se tenha uma visão geral de quem é a criança que será atendida. Pode e deve ser realizada também no esclarecimento de alguma dúvida ou questão que possa surgir durante o atendimento. **Verificar as capacidades da criança para realizar funções**

neuropsicomotoras. Realizar a avaliação com o uso de instrumentos apropriados preconizados no serviço e auxiliar outros profissionais na realização de testes específicos.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Fênix de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3081-7548/0050 -- Fax: (11) 3081-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: enlipesq@usp.br

São Paulo, 18 de novembro de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Maria De La Ó Ranzallo Veríssimo

Ref.: Processo nº 1098/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAATE 0114.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Qualificação das práticas do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil integral: conceitos, diagnósticos e intervenções de enfermagem”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atente às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO B

<http://www.icn.ch/details/2/26.html>

International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

[About ICN](#)
[Pillars & Programmes](#)
[Projects](#)
[Publications](#)
[ICN Networks](#)
[News Room](#)
[Events](#)

- [eShop](#)
- [Members Area](#)
- [ICN Forums](#)
- [Site Map](#)
- [Contact Us](#)

[English](#) [Español](#) [Français](#)

[Latest Articles from International Nursing Review](#)

2015 Seoul
 ICN Conference and CNR
 19-23 June 2015, Seoul, Republic of Korea
[ICN Conference and CNR 19-23 June 2015 in Seoul](#)

ICNP® Research & Development Projects

ICNP Projects

[Pillars & Programmes](#) • [Professional Practice](#) • [eHealth](#) • [International Classification for Nursing Practice \(ICNP®\)](#) • [ICNP® Research & Development](#) • [ICNP® Research & Development Projects](#)

ICNP Projects

Title	Using ICNP® in the Research of Child Development
Contact	Maria Verissimo
Country	Brazil
Contact Info	mdlorver@usp.br
Project Date	November 2009 - Present
Abstract	The objective of this research is to analyze the approach the topic in child development nursing classifications and propose contributions to its improvement. Therefore, specific objectives of the study are: • identify studies on

2015 Seoul
 ICN Conference and CNR
 19-23 June 2015, Seoul, Republic of Korea
[ICN Conference and CNR 19-23 June 2015 in Seoul](#)

To order the ICN/FNIF Florence Nightingale teddy bear and support the [Girl Child Education Fund \(GCEF\)](#), just click on the bear or go to www.gcefbear.com

Contact Info mdlorver@usp.br

Project Date November 2009 - Present

Abstract

The objective of this research is to analyze the approach the topic in child development nursing classifications and propose contributions to its improvement. Therefore, specific objectives of the study are: • identify studies on the ratings nursing to address the issue of development of Children • Identify, in the main classifications nursing, all topics related to child development. • Analyze and discuss the contents with respect the subject child development in different classifications selected for study. • Submit content to the systematic analysis specialists in the area of health nursing children. • Identify elements that need to be redesigned to improve the approach child development in the rankings nursing.

February 2013 Update:

There are two students who will finish their thesis in February 2014 and are working on scholarly publications.

Juliana Martins de Souza: 'Concept analysis of Child Development'.

Soraia Matilde Marques: 'Design an ICNP® catalog to follow the development of the child from 0 to 1 year'.

One paper is already published:

Martins J, Verissimo MLÖR. (2013). Child Development in the NANDA-I and International Classification for Nursing Practice Nursing Classifications. International Journal of Nursing Knowledge Volume 24, No. 1, p 44-49.

Topic

Captcha Input error: k: Format of site key was invalid

**Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento de Crianças do
Ministério da Saúde do Brasil. Extraído da caderneta de saúde da
criança - passeaporte para a cidadania.**

Observatório da Saúde da Criança

Observatório da Saúde da Criança

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 12 MESES A 3 ANOS

Registre na escala: P = marco presente A = marco ausente NV = marco não verificado

Idade (meses)

Marcos do desenvolvimento	Como peculiar	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo objeto, pedindo-se com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar a informação do acompanhante.																									
Coloca blocos na caixa	Coloque 3 blocos e a criança coloca o mesmo, em frente à criança. Estende a caixa e coloca o mesmo dentro da caixa, mediante demonstração e fal. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caixa e retirá-lo.																									
Fala uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos, uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																									
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com pernas equilibradas, sem se apoiar.																									
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.																									
Consente tomar de 2 colheres	Observe se a criança consegue colocar um colher sobre o outro sem que ele caia no interior ou não.																									
Fala 3 palavras	Observe se, durante o atendimento, a criança diz pelo menos três palavras que não são nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																									
Anda para trás	Põe a criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ele desce passo para trás sem cair.																									
Tira a roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, isto como sapatos que estejam calçados por si e sua remoção, calças, calças ou cintos. Considere a informação do acompanhante.																									
Consente tomar de 3 colheres	Observe se a criança consegue empilhar 3 colheres sem que elas caiam no interior ou não.																									
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar 2 de um grupo de 5 figuras.																									
Chata a bola	Observe se a criança chuta a bola sem se apoiar em objetos.																									
Vestida com sapato	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário (isto como calças, meias, sapatos, calças etc.).																									
Consente tomar de 4 colheres	Observe se a criança consegue empilhar 4 colheres sem que elas caiam no interior ou não.																									
Fala frases com 2 palavras	Observe se a criança constrói, pelo menos, 2 palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.																									
Fala com entonação ou grito	Observe se a criança fala com os dois pés, estirando o chinelo no mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.																									
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participou de brincadeiras com outras crianças de sua idade.																									
Indica linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (ou papéis, de, pelo menos, 5cm de comprimento).																									
Reconhece 2 objetos	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação por exemplo: "quem mata", "quem lava", "quem faz", "quem pinta?".																									
Arremessa a bola	Observe se a criança arremessa a bola sem do braço.																									

Fonte: Adaptação de tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Aneta Figueira, Rebeca Mendes e Rosalva Araújo.
Nota: As áreas sombreadas indicam o início de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades listadas.

46

47

ANEXO D

Lista de Termos da CIPE® pertinentes ao Acompanhamento do DI

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10004002	F	Cuidar (tomar conta)	Atender: Fornecer cuidado quando necessário.
10014052	F	Parentalidade	Cuidar: Assumir as responsabilidades de serem pais, comportamentos para facilitar a inserção de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização de expectativa dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade em relação aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel paternal.
10003548	F	Vínculo	Parentalidade: Ligação entre uma criança e os pais; formação de laços afetivos.
10004376	F	Educação da Criança	Parentalidade: Socialização e educação da criança, assegurando suas necessidades básicas e individuais; desempenho de comportamento que assegura a transmissão da cultura e tradições da geração mais antiga para a nova geração.
10014902	F	Parentalidade Efetiva	Parentalidade
10010463	F	Comportamento Interativo	Relacionar: Interagir com os outros
10004705	F	Comunicação	Comportamento Interativo: Dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou tecnologia apoiada por meio síncrono ou assíncrono.
10005415	F	Choro	Comunicação: Ações voluntárias ou involuntárias, variando de lágrimas a soluços, em resposta à dor, medo ou pesar.
10014828	F	Comunicação Efetiva	Comunicação
10024809	F	Afirmação Positiva	Comunicação Efetiva
10011192	F	Riso	Comunicação: Ato de usar expressões faciais e verbais para indicar sentimentos de alegria e diversão.
10018391	F	Socialização	Comportamento Interativo: Troca social mútua; participação em atividades sociais.
10017782	F	Erguer-se	Elevar: Levantar partes do corpo, incluindo as extremidades superiores e inferiores e a cabeça, para uma posição mais alta.
10017822	F	Transferir-se	Transferir
10017833	F	Virar-se	Virar: Mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás.
10006538	F	Comer ou Beber	Executar
10004250	F	Mastigação	Comer ou beber: Decomposição mecânica de alimentos na boca, por meio de trituração com os dentes e movimento da língua.
10006276	F	Beber	Comer ou Beber: Ingestão de líquidos durante as refeições e durante o dia, ou quando tiver sede.
10006517	F	Comer	Comer ou Beber
10019001	F	Sucção	Comer ou beber: Extrair líquidos para a boca

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			usando os músculos labiais e a língua; por exemplo, extrair leite dos seios, ou líquido do bico de uma mamadeira.
10019347	F	Deglutição	Comer ou beber: Passagem de fluidos e alimentos decompostos, da boca, por movimento da língua e músculos, pela garganta e esôfago, para o estômago.
10007520	F	Cair	Executar: Descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto.
10005347	F	Engatinhar	Mobilizar: Movimento de um lado para outro no chão, usando as mãos e os joelhos.
10020886	F	Deambulação	Mobilizar: Mover o corpo de um lugar para outro pelo movimento das pernas; capacidade para suportar o peso do corpo e andar com passos eficazes dentro dos níveis de velocidade, desde lento e moderado a passos rápidos; subir e descer escadas, subir e descer rampas.
10018755	F	Ficar em pé	Elevar: Mover, mudar e posicionar o corpo numa posição vertical ereta.
10018195	F	Sentar	Abaixar: Mover-se e mudar o corpo de deitado ou em pé, para a posição sentada.
10005980	F	Incapacidade	Papel no Processo: Perda ou ausência da boa forma ou capacidade física ou mental.
10014669	F	Papel do Jogo	Papel do Lazer: Interação em atividade espontânea ou jogo organizado, participar de jogos, ocupar-se da própria distração, principalmente com relação ao desenvolvimento da criança.
10007651	F	Papel da Família	Papel Grupal
10003962	F	Papel do Cuidador	Papel do Indivíduo: Interação de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; expectativas internalizadas das instituições de saúde e dos profissionais de saúde, dos membros familiares e da sociedade, com relação a comportamentos apropriados ou impróprios de um cuidador, expressando estas expectativas como comportamentos e valores, principalmente em relação ao cuidado de um membro familiar dependente.
10007605	F	Papel do Membro da Família	Papel do Indivíduo
10008494	F	Papel do Avô	Papel do Membro da Família: Conduzir interações de acordo com a responsabilidade de ser um avô. Reflete as expectativas de membros familiares, amigos e sociedade de um comportamento apropriado ou impróprio para um avô; manifesta tal expectativa no comportamento atual e no sentido dos valores. O termo é usado principalmente com relação à promoção de um crescimento e desenvolvimento ótimo de netos.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10008500	F	Papel da Avó	Papel do Membro da Família: Conduzir interações de acordo com a responsabilidade de ser uma avó. Reflete as expectativas de membros familiares, amigos e sociedade de um comportamento apropriado ou impróprio para uma avó; manifesta tal expectativa no comportamento atual e no sentido dos valores. O termo é usado principalmente com relação à promoção de um crescimento e desenvolvimento ótimo de netos.
10014068	F	Papel Parental	Papel do Membro da Família: Interagir de acordo com as responsabilidades de serem pais; expectativas internalizadas por membros familiares, amigos e sociedade, com relação a um papel apropriado ou impróprio no comportamento dos pais, expressando estas expectativas como comportamentos, valores; principalmente em relação à promoção de crescimento e desenvolvimento ótimo de criança dependente.
10007701	F	Papel do Pai	Papel Parental: Conduzir as responsabilidades de ser a figura masculina na família, de acordo com o grupo social e a cultura.
10018803	F	Papel do Padrasto	Papel do Pai
10012235	F	Papel da Mãe	Papel Parental: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; expectativas internalizadas por membros familiares, amigos e sociedade do que seja o comportamento apropriado ou impróprio do papel de mulheres grávidas e das mães.
10018819	F	Papel da Madrasta	Papel da Mãe
10018107	F	Papel dos Irmãos	Papel do Membro da Família
10003716	F	Papel do Irmão	Papel dos Irmãos
10018182	F	Papel da Irmã	Papel dos Irmãos
10017441	F	Segurança	Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.
10027005	F	Papel de Apoio Emocional	Papel de Apoio
10026998	F	Papel de Apoio Familiar	Papel de Apoio
10000034	F	Habilidade	Condição
10000047	F	Habilidade para Adaptar-se	Habilidade
10000052	F	Habilidade para Comunicar-se	Habilidade
10014790	F	Habilidade Eficaz para Comunicar-se	Habilidade para Comunicar-se
10012108	F	Habilidade para Mover-se	Habilidade: Movimento voluntário do corpo.
10000258	F	Habilidade para Caminhar	Habilidade
10000204	F	Habilidade para Transferir-se	Habilidade: Capacidade de mover ou mudar o corpo de um local para outro.
10000109	F	Habilidade para a Parentalidade	Habilidade
10000081	F	Habilidade para Executar a	Habilidade

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
Manutenção da Saúde			
10000227	F	Habilidade para Socializar	Habilidade
10000236	F	Habilidade para Deglutir	Habilidade
10024035	F	Habilidade Sensorial	Habilidade
10023434	F	Habilidade para Ouvir	Habilidade
10023468	F	Habilidade para Ver	Habilidade
10023475	F	Habilidade para Cheirar	Habilidade
10023481	F	Habilidade para Saborear	Habilidade
10002144	F	Alerta	Condição: Nível de atenção ou vigilância; prestar atenção a alguma coisa, estando pronto para agir.
10004975	F	Consciência	Condição: Resposta mental a impressões de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente externo.
10012634	F	Consciência Prejudicada	Consciência
10018512	F	Sonolência	Consciência Prejudicada: Torpor profundo e adormecimento não natural.
10008711	F	Saúde	Condição: Um processo dinâmico de adaptação e de lidar com o ambiente, satisfazendo as necessidades e alcançando o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social; não meramente a ausência de doença ou enfermidade.
10021047	F	Bem-estar	Saúde: Imagem mental de bem-estar, equilíbrio, contentamento, afetuosidade, alegria e conforto usualmente expresso pela demonstração de relaxamento e abertura às outras pessoas ou satisfação com a independência.
10014514	F	Bem-estar Físico	Bem-estar: Imagem mental de estar em boa condição física ou confortável satisfação física com controle de sintomas, como controle da dor e contentamento com os arredores físicos.
10015990	F	Bem-estar Psicológico	Bem-estar: Imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com controle do stress e sofrimento.
10018452	F	Bem-estar Social	Bem-estar
10014184	F	Direitos do Paciente	Direitos Humanos
10009302	F	Hiperatividade	Condição Prejudicada: Aumento anormal da atividade física do sistema corporal, tremor, desassossego; dificuldade em permanecer em uma posição, associada a doenças tais como hipertireoidismo ou doenças mentais.
10002035	F	Agitação	Hiperatividade: Circunstância de excitação psicomotora despropositada, atividade incansável, andar ritmado, liberação da tensão nervosa associada a ansiedade, medo ou estresse mental.
10017138	F	Inquietação	Hiperatividade: Sensação de intranquilidade, cansaço e formigamento profundo nos músculos, algumas vezes associado a fasciculação muscular e a sensação de picadas dolorosas.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10009466	F	Hipoatividade	Condição Prejudicada: Diminuição anormal da atividade física do corpo, lentidão, rigidez muscular, máscara facial associada a doenças neurológicas ou mentais.
10024775	F	Tensão (Estresse) do Cuidador	Tensão (Estresse)
10011042	F	Conhecimento	Condição: Conteúdo específico de pensamento, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas; cognição e reconhecimento da informação.
10012495	F	Necessidade	Condição
10017091	F	Responsividade	Condição: Reações a estímulos.
10012843	F	Processo Prejudicado	Processo
10012718	F	Processo Familiar Prejudicado	Processo Familiar: Família incapaz de satisfazer as funções e tarefas familiares. Alteração dos papéis familiares; falta de objetivos familiares; indiferença a mudanças; inabilidade para reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade de lidar com tensões, stress e crise; lar negligenciado; desconfiança de outras pessoas; sentimento de desesperança.
10012532	F	Atitude Prejudicada	Atitude
10012545	F	Comportamento Prejudicado	Comportamento
10006059	F	Comportamento Desorganizado	Comportamento Comprometido: Ações desordenadas e confusas, e que não se integram em resposta a sugestões do meio ambiente.
10006071	F	Crescimento Desproporcional	Crescimento
10012773	F	Processo do Sistema Musculoesquelético Prejudicado	Processo do Sistema Musculoesquelético
10012815	F	Percepção Prejudicada	Percepção
10019310	F	Suspeita	Percepção Prejudicada: Impressão da existência de algo que não está presente; agir sem fundamentos claros, inclinação para acusar mentalmente ou duvidar genuinamente da verdade.
10012827	F	Resposta Física Prejudicada	Resposta Física
10012862	F	Reflexo Prejudicado	Reflexo
10025094	F	Atividade Psicomotora Prejudicada	Atividade Psicomotora
10012610	F	Cognição Prejudicada	Cognição
10002438	F	Afasia	Cognição Prejudicada: Função de linguagem defeituosa ou ausente no uso e compreensão de palavras.
10007406	F	Afasia Expressiva	Afasia: Inabilidade parcial ou completa para formar ou expressar palavras oralmente ou por escrito; não necessariamente acompanhada por um distúrbio na linguagem e no entendimento das palavras.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10014918	F	Processo Positivo	Processo
10014863	F	Processo Familiar Eficaz	Processo Familiar
10014816	F	Comportamento Positivo	Comportamento
10013777	F	Comportamento Organizado	Comportamento Positivo
10013796	F	Comportamento Infantil Organizado	Comportamento Organizado
10028442	F	Percepção Positiva	Percepção
10016096	F	Estrutura Psicossocial	Estrutura Social
10016684	F	Relacionamento	Estrutura Psicossocial
10023124	F	Relação de Afinidade	Relacionamento
10003446	F	Processo Corporal	Processo
10001993	F	Conjunto de Processos Corporais	Processo Corporal
10009200	F	Desenvolvimento Humano	Processo Corporal: Processo progressivo de desenvolvimento físico, mental e social e de desenvolvimento ao longo da vida.
10004324	F	Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Humano: Desenvolvimento e crescimento físico, mental e social, progressivos, desde o nascimento, ao longo da infância.
10016012	F	Desenvolvimento Psicomotor	Desenvolvimento Infantil: Processo natural evolutivo. Integra aspectos de coordenação, comunicação, socialização e mobilidade. Habilidade das pessoas para interagir com o ambiente por meio de comportamentos.
10023740	F	Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Humano
10023971	F	Desenvolvimento do Recém-nascido	Desenvolvimento Infantil
10012363	F	Processo do Sistema Musculoesquelético	Processo Corporal
10003414	F	Movimento Corporal	Processo do Sistema Musculoesquelético: Movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações.
10014270	F	Percepção	Processo do Sistema Nervoso: Registro mental consciente de um estímulo sensorial; conscientização de objetos ou outros dados por meio dos sentidos.
10024042	F	Percepção Sensorial	Percepção
10008814	F	Audição	Percepção Sensorial: Faculdade para ouvir, devido a respostas a estímulos dos órgãos da audição; capacidade para ouvir.
10018124	F	Visão	Percepção: Faculdade de ver, devido a resposta a estímulos dos órgãos visuais; capacidade para ver.
10018327	F	Olfato	Percepção Sensorial: Faculdade para perceber odores, devido a respostas a estímulos dos órgãos olfativos; capacidade para sentir odores.
10019458	F	Paladar	Percepção Sensorial: Faculdade para perceber sabores, devido a respostas a estímulos dos órgãos gustativos; capacidade para saborear alimento e bebida.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10019895	F	Tato	Percepção Sensorial: Faculdade para sentir, devido a respostas a estímulos dos órgãos táteis; capacidade para a orientação pelo toque e pressão dos órgãos táteis no tegumento.
10016008	F	Atividade Psicomotora	Processo do Sistema Nervoso: Ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, modo voluntário de mover e mobilizar o aparato corporal, requerendo algum grau de coordenação neuromuscular.
10014505	F	Resposta Física	Processo Corporal
10016582	F	Reflexo	Resposta Física
10007646	F	Processo Familiar	Processo: Interações contínuas ou padrões de relacionamento entre os membros da família.
10023646	F	Atitude Familiar	Atitude
10011246	F	Aprendizagem	Pensamento: Processo de aquisição de conhecimento ou habilidade por meios de estudos sistemáticos, instrução, prática, treinamento ou experiência.
10004492	F	Aprendizagem Cognitiva	Aprendizagem Cognitiva: Aquisição de conhecimento associado ao uso consciente da inteligência e pensamento.
10018225	F	Aprendizagem de Habilidade	Aprendizagem: Aquisição de maestria em habilidades práticas, associada a treinamento, repetição e exercício.
10003217	F	Comportamento	Processo Intencional: Ações.
10002897	F	Ligação	Comportamento: Um laço ou vínculo afetivo.
10027183	F	Ligação Criança - Cuidador	Ligação: Estabelecer relacionamento próximo entre o cuidador e a criança.
10027196	F	Ligação Criança - Pais	Ligação Criança - Cuidador: Estabelecer relacionamento próximo entre os pais e a criança.
10004485	F	Cognição	Processo Psicológico: Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória.
10004266	C	Criança	Indivíduo
10027257	C	Mãe	Pais
10010060	C	Bebê	Indivíduo
10013187	C	Recém-nascido	Indivíduo
10005914	M	Fralda	Dispositivo para Absorver ou Coletar
10002832	M	Instrumento de Avaliação	Dispositivo de Avaliação
10011251	M	Material de Aprendizagem	Dispositivo para Comunicação
10007793	M	Mamadeira	Dispositivo para Alimentação
10018667	M	Colher	Dispositivo para Alimentação
10019914	M	Brinquedo	Dispositivo para Recreação
10014630	M	Plano	Artefato
10003970	M	Plano de Cuidado	Plano
10008585	M	Guia de conduta	Plano
10022036	M	Serviço de Saúde da Criança	Serviço de Saúde

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10008776	M	Serviço de Promoção de Saúde	Serviço de Saúde: Educar e fornecer informação para melhorar um estilo de vida saudável; prevenir doença, objetivando atender as necessidades de saúde; usar recursos disponíveis e colaboração intersetorial; envolver, ativamente, o indivíduo/comunidade no estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e planejamento de estratégias.
10011850	M	Serviço Médico	Serviço de Saúde
10013380	M	Serviço de Enfermagem	Serviço de Saúde
10013604	M	Serviço de Terapia Ocupacional	Serviço de Saúde: Especialidade multidisciplinar que focaliza a promoção, proteção e restauração da saúde dos trabalhadores e a prevenção de doenças e lesões, no contexto de um ambiente de trabalho seguro e saudável. Inclui vigilância ambiental e ocupacional para identificação, avaliação e uso de medidas de precaução visando à prevenção de riscos e perigos para a saúde; o monitoramento da saúde dos indivíduos com relação ao trabalho; a participação no desenvolvimento de programas de apoio aos empregados e a melhoria da segurança dos locais de trabalho dentro de protocolos legais; e a colaboração no fornecimento de informação, treinamento e educação dos empregadores, empregados e governantes para saúde e higiene ocupacional.
10014567	M	Serviço de Fisioterapia	Serviço de Saúde
10018475	M	Serviço Social	Serviço de Saúde
10013333	M	Enfermeira	Prestador de Cuidados
10014522	M	Médico	Prestador de Cuidados
10024003	M	Fisioterapeuta	Prestador de Cuidados
10024088	M	Assistente Social	Prestador de Cuidados
10000412	M	Terapia de Atividade	Terapia
10007667	M	Terapia Familiar	Terapia
10009030	L	Lar	Estrutura Psicossocial
10005539	L	Hospital-dia para Criança	Hospital-Dia
10013351	L	Creche	Hospital-dia para Criança
10008730	L	Instituição de Saúde	Estrutura Social: Estrutura projetada e construída para apoiar o fornecimento de serviços de atenção à saúde, frequentemente associado com hospital, clínica.
10004459	L	Clínica	Instituição de Saúde
10013367	L	Clínica de Enfermagem	Clínica
10014579	L	Clínica de Fisioterapia	Clínica
10004779	L	Centro de Saúde Comunitário	Instituição de Saúde
10009114	L	Hospital	Instituição de Saúde
10013044	L	Vizinhança	Estrutura Social
10017537	L	Escola	Estrutura Social: Estrutura projetada e construída para educação e treinamento.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10018900	L	Estrutura Corporal	Estrutura
10003388	L	Corpo	Estrutura Corporal
10004348	T	Infância	Período de Desenvolvimento
10019784	T	Período de Engatinhar	Infância
10010087	T	Primeira Infância (até 1 ano)	Período de Desenvolvimento
10013059	T	Período Neonatal	Primeira Infância
10013194	T	Período de Recém-nascido	Primeira Infância
10002850	A	Assistir	Atender: Fazer parte do trabalho, com ou para alguém.
10007499	A	Facilitar	Auxiliar: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém.
10015801	A	Promover	Auxiliar: Ajudar a começar ou a avançar alguma coisa para alguém.
10005848	A	Desenvolver	Promover: Favorecer o crescimento de uma ideia, pessoa, ou grupo/comunidade.
10006796	A	Empoderar	Promover: Capacitar a pessoas a realizar suas habilidades para influenciar a própria saúde.
10006945	A	Melhorar	Promover: Aumentar, intensificar ou tornar melhor o que já era de boa qualidade.
10001901	A	Avançar	Melhorar: Fazer progresso, melhorar, ir em frente.
10010039	A	Induzir	Promover: Ajudar algo a acontecer.
10012242	A	Motivar	Promover: Fazer alguém agir de uma forma particular ou estimular o interesse de alguém em uma atividade.
10019142	A	Apoiar	Auxiliar: Dar ajuda social ou psicológica para que alguém possa progredir; manter alguém ou alguma coisa distante do fracasso, ou sustentar o peso, ou manter algo na posição, segurar.
10006823	A	Encorajar	Apoiar: Dar confiança ou esperança a alguém.
10016480	A	Tranquilizar	Apoiar: Diminuir o medo e restaurar a confiança.
10016650	A	Reforçar	Apoiar: Fortalecer alguém ou alguma coisa.
10015864	A	Proteger	Prevenir: Manter alguém ou alguma coisa segura de algo, ou tomar precauções contra alguma coisa.
10004542	A	Colaborar	Relacionar: Trabalhar juntamente com uma ou mais pessoas.
10005017	A	Consultar	Relacionar: Buscar conselho, obter informação, compartilhar ideias e considerar parcerias.
10005038	A	Contatar	Relacionar: Estar em comunicação com outras pessoas com o propósito de obter informações, estabelecer relacionamentos e rede de comunicação.
10011845	A	Mediar	Negociar: Resolver ou acertar as diferenças, chegar a um acordo.
10024813	A	Estabelecer	Comunicar
10011383	A	Ouvir	Comunicar: Fazer um esforço para ouvir outras pessoas, escutar atentamente o que os outros

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			dizem, prestar atenção e responder aos outros.
10019436	A	Falar	Comunicar: Conversar usando linguagem falada, articulando as palavras.
10010877	A	Envolver	Comportamento Interativo: Ação de estar engajado e demonstrar interesse em outros indivíduos e vontade de ajudar os outros.
10014099	A	Participar	Comportamento Interativo: Participar de alguma coisa, compartilhar uma atividade.
10015409	A	Elogiar	Relacionar: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa.
10020133	A	Tratar	Atender: Cuidar, diminuindo, acabando, removendo ou restaurando alguma coisa.
10017140	A	Restaurar	Tratar: Trazer de volta a uma condição anterior ou original; renovar ou rejuvenescer, mental e fisicamente.
10007066	A	Avaliar	Determinar: Processo contínuo para medir qual o progresso ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos.
10002298	A	Analisar	Avaliar: Sintetizar a informação sobre alguma coisa.
10002673	A	Obter dados	Avaliar: Estimar o tamanho, qualidade e significância de alguma coisa.
10009631	A	Identificar	Avaliar: Estabelecer a identidade de alguém ou alguma coisa sistematicamente.
10015770	A	Estabelecer perfil	Identificar: Identificar sistematicamente o comportamento de saúde e as necessidades de uma população.
10019967	A	Traçar	Identificar: Observar, descobrir ou encontrar vestígios ou sinais de alguém ou alguma coisa por investigação.
10010492	A	Interpretar	Avaliar: Entender ou explicar alguma coisa.
10019594	A	Testar	Avaliar: Experimentar ou fazer um ensaio de alguém ou alguma coisa.
10021863	A	Teste Diagnóstico	Testar
10020727	A	Verificar	Avaliar: Estabelecer a verdade e exatidão de alguma coisa.
10010542	A	Entrevistar	Determinar: Examinar por meio de questões e provocando respostas faladas.
10012154	A	Monitorar	Determinar: Exame minucioso, feito em ocasiões repetidas ou regulares, em alguém ou alguma coisa.
10010348	A	Inspecionar	Monitorar: Olhar de perto, de forma sistemática, para alguém ou alguma coisa.
10019093	A	Supervisionar	Monitorar: Supervisionar o progresso de alguém ou alguma coisa.
10019277	A	Vigiar	Monitorar: Observação próxima de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua.
10019283	A	Investigar	Monitorar: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa, repetidamente ou regularmente em um período de tempo.
10013474	A	Observar	Determinar: Notar e olhar cuidadosamente

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
			alguém ou alguma coisa.
10004189	A	Conferir	Observar: Estabelecer a exatidão, qualidade e condição de alguma coisa.
10007256	A	Examinar	Observar: Inquirir sobre alguma coisa e olhar de perto, para alguma coisa ou alguém para estabelecer presença, ausência ou características de alguma coisa.
10010162	A	Informar	Ação: Contar alguma coisa para alguém.
10005797	A	Descrever	Informar: Relatar verbalmente, ou por escrito, as características de alguém ou alguma coisa.
10006173	A	Documentar	Descrever: Acumular e registrar informação.
10016498	A	Registrar	Descrever: Relatar uma parte de evidência ou informação que constitui a narrativa do que ocorreu ou foi dito.
10016771	A	Relatar	Descrever: Fazer uma narrativa ou sumarizar eventos ou observações.
10007370	A	Explicar	Informar: Tornar alguma coisa evidente ou clara para alguém.
10008592	A	Guiar	Informar: Direcionar alguém para uma decisão sobre assuntos relacionados à saúde.
10001917	A	Notificar	Guiar: Sugerir que o curso de uma ação promovida seja seguido.
10005254	A	Aconselhar	Guiar: Capacitar alguém a tomar as próprias decisões por meio de diálogo.
10019502	A	Ensinar	Informar: Dar informação sistemática para alguém sobre assuntos relacionados à saúde.
10006564	A	Educar	Ensinar: Dar conhecimento de alguma coisa a alguém.
10010376	A	Instruir	Ensinar: Dar informação sistemática a alguém sobre como fazer alguma coisa.
10020007	A	Treinar	Instruir: Desenvolver as habilidades de alguém ou funções de alguma coisa.
10002464	A	Aplicar	Distribuir: Fazer uso prático de alguma coisa.
10013636	A	Oferecer	Distribuir: Dar uma oportunidade para (alguém).
10015935	A	Fornecer	Distribuir: Fazer algo ficar pronto para alguém.
10009840	A	Implementar	Gerenciar: Usar conhecimento e habilidade para colocar os planos em ação.
10013572	A	Obter	Gerenciar: Tomar posse de alguma coisa, adquirir.
10004574	A	Coletar	Obter: Trazer alguma coisa junto, agrupar.
10005600	A	Diminuir	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado menor.
10009961	A	Aumentar	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado maior.
10010221	A	Iniciar	Regular: Começar a fazer mudanças em alguma coisa ou fazer alguma coisa de modo diferente.
10011504	A	Manter	Regular: Manter, reter ou continuar alguma coisa.
10013712	A	Otimizar	Manter: Alcançar o melhor resultado.
10018729	A	Estabilizar	Manter: Tornar algo difícil de ser mudado.

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10011354	A	Estabelecer Limite	Restringir: Limitar ou conter comportamento.
10017155	A	Limitar	Restringir: Manter alguém ou alguma coisa dentro de limites.
10014648	A	Planejar	Coordenar: Considerar, ordenar e arranjar alguma coisa antecipadamente.
10015736	A	Priorizar	Planejar: Ordenar alguma coisa em uma fila, em termos de precedência.
10020179	A	Triar	Priorizar: Designar graus de urgência para decidir a ordem de tratamento de feridas, doenças, etc.
10017528	A	Agendar	Planejar: Fazer um cronograma, isto é, uma agenda de horário.
10016576	A	Encaminhar	Coordenar: Enviar ou dirigir uma pessoa para alguém ou alguma coisa.
10016873	A	Requisitar	Coordenar: Pedir a alguém para fazer alguma coisa; ordenar alguma coisa.
10006950	A	Garantir	Organizar: Ter certeza ou estar certo.
10022027	DC	Adaptação Prejudicada	Adaptação
10027219	DC	Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança	Ligação Afetiva Cuidador-Criança
10025087	DC	Atividade Psicomotora Prejudicada	Atividade Psicomotora Prejudicada
10026017	DC	Bem-estar Psicológico Comprometido	Bem-estar Psicológico
10025999	DC	Bem-estar Social Comprometido	Bem-estar Social
10001046	DC	Deambulação Prejudicada	Capacidade para Deambular
10022321	DC	Cognição Prejudicada	Cognição
10000653	DC	Comportamento Infantil Desorganizado	Comportamento Desorganizado
10027430	DC	Comportamento Interativo Prejudicado	Comportamento Interativo
10023370	DC	Comunicação Prejudicada	Capacidade para Comunicar-se
10025104	DC	Comunicação Verbal Prejudicada	Capacidade para Comunicar-se Falando
10022544	DC	Déficit Auditivo	Capacidade Auditiva
10022730	DC	Déficit Sensorial	Capacidade Sensorial
10001033	DC	Deglutição Prejudicada	Capacidade para Deglutar
10023287	DC	Desenvolvimento Prejudicado do Bebê	Desenvolvimento do Bebê
10023273	DC	Desenvolvimento Prejudicado do Recém-Nascido	Desenvolvimento do Recém-Nascido
10023260	DC	Desenvolvimento Humano Prejudicado	Desenvolvimento Humano
10023294	DC	Desenvolvimento Prejudicado da Criança	Desenvolvimento da Criança
10022748	DC	Capacidade para Enxergar Prejudicada	Capacidade para Enxergar

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10000939	DC	Parentalidade Prejudicada	Capacidade para Parentalidade
10027955	DC	Desempenho Eficaz do Papel Parental	Habilidade para Desempenho do Papel Parental
10001242	DC	Percepção Alterada	Percepção Prejudicada
10023078	DC	Processo Familiar Prejudicado	Família Disfuncional
10025232	DC	Processo Familiar Eficaz	Processo Familiar Eficaz
10000788	DC	Processo Familiar Interrompido	Família Disfuncional
10015082	DC	Risco de Comportamento Infantil Desorganizado	Comportamento Desorganizado
10015198	DC	Risco de Habilidade Prejudicada para Executar o Papel Parental	Habilidade para o Papel Parental
10026029	DC	Bem-estar Psicológico	Bem-estar Psicológico
10026001	DC	Bem-estar Social	Bem-estar Social
10028333	DC	Deambulação Eficaz	Habilidade para Deambular
10028367	DC	Cognição Eficaz	Cognição Positiva
10028823	DC	Complicação Ausente	Complicação Ausente
10028063	DC	Comportamento Interativo Eficaz	Comportamento Interativo
10028572	DC	Desenvolvimento Humano Eficaz	Desenvolvimento Humano
10025025	DC	Habilidade Eficaz para Comunicar-se	Habilidade Eficaz para Comunicar-se
10021828	DC	Habilidade para Adaptar-se	Habilidade para Adaptar-se
10028322	DC	Habilidade Eficaz para Transferir-se	Habilidade para Transferir-se
10028173	DC	Percepção Sensorial Eficaz	Percepção Sensorial
10027675	DC	Processo Eficaz do Sistema Nervoso	Processo do Sistema Nervoso
10028092	DC	Processo Eficaz do Sistema Musculoesquelético	Processo Positivo do Sistema Musculoesquelético
10001424	DC	Prontidão para Comportamento Infantil Organizado	Prontidão
10001430	DC	Prontidão para Comunicação Eficaz	Prontidão
10001521	DC	Prontidão para Parentalidade Positiva	Prontidão
10001482	DC	Prontidão para Processo Familiar Eficaz	Prontidão
10026064	IC	Obter Dados sobre Ambiente	Obter Dados
10024192	IC	Obter Dados sobre Atitude Frente à Doença	Obter Dados
10026126	IC	Aferir Bem-estar Físico	Aferir

Código	Eixo	Termo Diferencial	Definição
10026040	IC	Obter Dados sobre as Capacidades	Obter Dados
10024570	IC	Apoiar Cuidador	Apoiar
10007107	IC	Avaliar Resposta Psicossocial à Instrução	Avaliar
10007153	IC	Avaliar Resposta Psicossocial à Instrução Sobre o Plano de Cuidado	Avaliar
10024710	IC	Demonstrar Prevenção de Quedas	Demonstrar
10005830	IC	Determinar Conhecimento	Determinar
10024377	IC	Encorajar Afirmações Positivas	Encorajar
10024128	IC	Ensinar a Família Sobre Prevenção de Quedas	Ensinar
10024687	IC	Ensinar Medidas de Segurança	Ensinar
10023406	IC	Ensinar Prevenção de Quedas	Ensinar
10026323	IC	Envolver no Processo de Tomada de Decisão	Envolver
10026375	IC	Providenciar Orientação Familiar Antecipatória	Providenciar
10006966	IC	Assegurar Continuidade de Cuidado	Assegurar
10009649	IC	Identificar Atitude Relativa ao Cuidado	Identificar
10014761	IC	Posicionar o Paciente	Posicionar
10007531	IC	Prevenir Queda	Proteger
10022537	IC	Reforçar Autoeficácia	Reforçar
10026436	IC	Reforçar Capacidades	Reforçar
10026188	IC	Reforçar Definição de Prioridades	Reforçar
10026427	IC	Reforçar Conquistas	Reforçar