



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**

MILLENA FREIRE DELGADO

**CONSTRUÇÃO DOS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

NATAL/RN

2016

MILLENA FREIRE DELGADO

**CONSTRUÇÃO DOS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

Dissertação apresentada à banca examinadora da defesa de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção à saúde

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

NATAL/RN

2016

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Sistema de Bibliotecas
Biblioteca Central Zila Mamede / Setor de Informação e Referência

Delgado, Millena Freire.

Construção dos componentes do diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento / Millena Freire Delgado. - 2016.

118 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira.

1. Deficiência no Desenvolvimento – Dissertação. 2. Adolescentes – Dissertação. 3. Crescimento e Desenvolvimento – Dissertação. 4. Enfermagem – Dissertação. I. Lira, Ana Luísa Brandão de Carvalho. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 159.92-044.73

MILLENA FREIRE DELGADO

**CONSTRUÇÃO DOS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Paula Fernanda Brandao Batista dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof.^a Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado o dom da vida, saúde e sabedoria para trilhar os caminhos que percorri até o presente momento. A Ele dedico toda a honra e toda a glória.

Ao meu amado pai, que mesmo não estando presente sei que vela por mim e me abençoa pelas escolhas que tomei na minha vida. Te amo meu pai!

A minha maravilhosa mãe, pela confiança, incentivo e apoio durante toda a minha vida. Meu maior exemplo, te amo!

A minha irmã, minha fiel companheira que me proporcionou meu maior presente, meu sobrinho lindo e a quem dedico toda as minhas conquistas.

Ao meu grande Amor Marcelo que desde o início foi um grande incentivador desse trabalho.

Aos meus sogros, presentes de Deus em minha vida. Obrigada pelo apoio e carinho.

Aos meus familiares que sempre estiveram presentes em minha vida.

A UFRN pelas oportunidades dadas, desde a graduação até a finalização do trabalho.

A minha orientadora, por ter acreditado e me apoiado ao longo desses anos. A senhora é mais que uma orientadora, é um exemplo de profissional e mulher digna de admiração.

A banca examinadora pelas valiosas contribuições.

A minha amiga Isadora, companheira de mestrado que me ajudou e me apoio nos momentos mais difíceis.

Aos professores, PGENF e colegas de turma por seus ensinamentos, campanha e cumplicidade, o que tornou essa jornada mais prazerosa e divertida.

As Anetes queridas, especialmente a Raíssa, Juliana e Isabelle por me ajudarem na coleta dos dados. As demais obrigada pela amizade e pelo apoio, sem vocês nada disso teria sido possível.

Obrigada!

RESUMO

A adolescência constitui uma fase crítica do processo de desenvolvimento humano, marcada por transformações biossocial, cognitiva e psicossocial. Essas transformações são influenciadas pelos meios biológico e social. Assim, objetiva-se, neste estudo, construir o diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes com base na literatura. Realizou-se uma análise de conceito, segundo o referencial de Walker e Avant, a qual foi operacionalizada por uma revisão integrativa. As bases de dados utilizadas foram: SCOPUS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Web of Science* e *Science Direct* e o periódico *Journal of Human Growth and Development*. O cruzamento dos descritores *Developmental Disabilities*, *Growth and Development* e *Adolescent* e das palavras-chave Desenvolvimento cognitivo, Desenvolvimento físico, Maturação sexual, Atraso e Atraso na puberdade permitiu a obtenção de uma amostra inicial de 20.402 referências que passaram por três etapas de avaliação, a saber: leitura de título e resumo, consenso com o grupo de pesquisadores e leitura na íntegra das referências selecionadas. A amostra final resultou em um total de 51 referências, que foram minuciosamente analisadas para identificação dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Os resultados mostram a identificação de quatro atributos; 15 antecedentes e 16 consequentes; este último distribuído nos domínios biossocial, cognitivo e psicossocial. A estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem é: título – Atraso no desenvolvimento em adolescente; domínio – 13; classe – 2; definição – Desenvolvimento abaixo do esperado para indivíduos entre 10 e 19 anos, ocasionado por atraso em uma ou mais das seguintes áreas: cognição, comportamento, social e puberal; Características definidoras - Domínio biossocial – Baixa autoestima; insatisfação com a própria imagem e maturação sexual atrasada; Domínio cognitivo – baixo desempenho escolar; atividade de vida diária prejudicada; comunicação verbal prejudicada; déficit de função executiva e hiperatividade; Domínio psicossocial – comportamento de externalização; comportamento de internalização; dificuldades de expressar emoções; enfrentamento passivo ou dependente; insegurança emocional e transtornos alimentares; fatores relacionados - abuso de substâncias psicotrópicas, ambiente familiar desfavorável, condições obstétricas maternas e neonatais, desnutrição, distúrbios genéticos, doença crônica, dor crônica, efeitos adversos de medicamentos, exposição a substâncias tóxicas, infecções, lesão cerebral, marginalização social, não aceitação das transformações corporais da puberdade, obesidade, privação emocional e trauma físico. Dessa forma, conclui-se que o conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes é amplo e envolve aspectos relevantes que contribuem para a prática clínica dos enfermeiros. Acredita-se ainda que estudos dessa natureza é uma base importante para o crescimento do corpo científico da enfermagem, subsidiando o desenvolvimento de tecnologias próprias da área.

Descritores: Deficiência no Desenvolvimento. Crescimento e Desenvolvimento. Adolescente. Enfermagem.

ABSTRACT

The adolescence represents a vital phase on the human's development process, tagged by biosocial, cognitive and psychosocial transformations. Those changes are shaped by biological and social means. Therefore, the study's objective is to build a nursing diagnostic regarding the teenagers' developmental delay based on the literature. An analysis of concept was made, according to the referential of Walker and Avant, of which was operationalized by an integrative review. The used database were: SCOPUS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health*, *Latin – American and Caribbean Literature in Health Science*, *Web of Science* and *Science Direct* and the *Journal of Human Growth and Development*. The crossing of the following descriptors, *Developmental Disabilities*, *Growth and Development* and *Adolescent* with the keywords, cognitive development, physical development, sexual maturity, delay and delayed puberty allowed to obtain an initial sample of 20,402 references that passed through three stages of evaluation, to know: Reading of title and summary, consensus with the research group and full reading of the selected references. The final sample resulted on a total of 51 references, which were precisely analyzed for the identification of four attributes; 15 antecedents and 16 consequents; this last was distributed on the biosocial, cognitive and psychosocial domains. The proposed structure for the nursing diagnostic is: Title – Teenagers' development delay; domain – 13; class – 2; definition – Development below the expected for individuals between 10 and 19 years, caused by a delay on one or more of the following fields: cognition, behavior, social and pubertal; Defining characteristics – Biosocial domain – Low Self-esteem; dissatisfaction with its own image and delayed sexual maturity; Cognitive domain – Low scholar development; harmed daily activities; impaired oral communication; deficit on the executive and hyperactivity function; Psychosocial domain – behavior's externalization; behavior's internalization; difficult to express emotions; passive or dependent confrontation; emotional uncertainty and eating disorders; relate factors – abuse of psychotropic substances, unfavorable family environment, obstetric maternal conditions and neonatal, malnutrition, genetic disorders, chronic illness, adverse effects of medicine, exposure to toxic substances, infections, brain damage, social exclusion, non – acceptance of the body changes on puberty, obesity, emotional deprivation and physical trauma. This way, it is possible to conclude that the teenagers' development delay is wide and involves relevant aspects that can contribute for the nurses' clinical practices. In addition to this, it is believed that studies of this nature are an important base for the growth of nursing's scientific body, subsidizing the development of proprietary technologies on the field.

Keywords: Disability in development. Growth and development. Teenager. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Passos para revisão integrativa da literatura, propostos por Whittmore e Knalf (2005). Natal/RN 2016 38
- Figura 2** - Representação do crescimento e desenvolvimento da adolescência. Natal/RN, 2016 70

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Classificação dos níveis de evidência dos estudos. Natal/RN, 2016 39
- Quadro 2** - Descritores com suas respectivas segundo definições do *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Natal/RN, 2016 40
- Quadro 3** - Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados. Natal/RN, 2016 41
- Quadro 4** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do primeiro cruzamento Atraso AND crescimento e desenvolvimento AND adolescente. Natal/RN 2016. 43
- Quadro 5** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do segundo cruzamento Deficiências do Desenvolvimento AND adolescente. Natal/RN, 2016..... 43
- Quadro 6** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do terceiro cruzamento Atraso AND Desenvolvimento cognitivo AND adolescente. Natal/RN, 2016 44
- Quadro 7** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do quarto cruzamento Atraso AND Desenvolvimento físico AND adolescente. Natal/RN, 2016 45
- Quadro 8** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do quinto cruzamento Atraso AND Desenvolvimento psicossocial AND adolescente. Natal/RN, 2016 45
- Quadro 9** - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do sexto cruzamento Atraso AND Adolescente AND desenvolvimento maturacional OR maturação sexual. Natal/RN, 2016 46

Quadro 10 - Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira etapa e na segunda etapa após o consenso do sétimo cruzamento “Atraso puberal” AND Adolescente. Natal/RN, 2016	47
Quadro 11 - Apresentação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016	55
Quadro 12 - Apresentação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016	61
Quadro 13 - Proposta dos componentes para o diagnóstico de enfermagem atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016	66

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Quantitativo total de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na revisão integrativa. Natal/RN, 2016 42
- Tabela 2** - Distribuição dos estudos conforme país e ano de publicação, idioma, local do estudo, nível de evidência e temática do estudo. Natal/RN, 2016 49
- Tabela 3** - Apresentação dos atributos do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016 51
- Tabela 4** - Apresentação dos antecedentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016 53
- Tabela 5** - Apresentação dos consequentes do conceito. Natal/RN, 2016 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Anorexia nervosa
BN	Bulimia nervosa
CD	Características definidoras
DE	Diagnóstico de Enfermagem
FR	Fatores relacionados
HPG	Hipotalâmico-pituitário-gonadal
HPA	Hipotalâmico-pituitário-supra-renal
FSH	Hormônio folículo-estimulante
LH	Hormônio luteinizante
IMC	Índice de massa corporal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
PE	Processo de Enfermagem
QI	Quociente de inteligência
EDNOS	Transtorno alimentar não específico
TCAO	Transtorno de compulsão alimentar periódica
TDAH	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
TA	Transtornos alimentares
TCE	Traumatismo cranioencefálico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	22
3.2 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO.....	24
3.3 DESENVOLVIMENTO BÍOSSOCIAL.....	26
3.4 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	29
3.5 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL.....	31
4 MATERIAIS E MÉTODO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT (2011) .	33
4.2.1 Revisão integrativa.....	37
5 RESULTADOS	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS	49
5.2 ANÁLISE DO CONCEITO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM ADOLESCENTES	50
5.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito	51
5.2.2 Atributos essenciais ou definidores do conceito	51
5.2.3 Identificação da definição do atraso no desenvolvimento em adolescentes	51
5.2.4 Identificação de um caso modelo.....	52
5.2.5 Identificação de um caso contrário.....	52
5.2.6 Determinação dos antecedentes do conceito	53
5.2.7 Determinação dos consequentes do conceito	54
5.3 IDENTIFICAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE	54
5.4 FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE	55
5.5 CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE.....	61
5.6 PROPOSTA DOS COMPONENTES PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM ADOLESCENTES .	66
6 DISCUSSÃO	68

7 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE A: Protocolo da revisão integrativa.....	104
APÊNDICE B: Instrumento para coleta de dados dos artigos.....	107
APÊNDICE C: Apresentação dos atributos do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.....	108
APÊNDICE D: Apresentação dos antecedentes do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.....	110
APÊNDICE E: Apresentação dos antecedentes do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.....	114

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo do presente trabalho é a análise do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. A motivação em realizar esta pesquisa emergiu pela vivência da pesquisadora em um projeto de extensão, ainda na graduação, com crianças e adolescentes. Nessa pesquisa foi identificado que os mesmos não costumavam procurar os serviços de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Também foi motivação a aproximação da mesma com os sistemas de classificação da prática de enfermagem por meio do grupo de pesquisa “Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem”. Nesse período, foram desenvolvidos estudos transversais e revisões sistemáticas com crianças, adolescentes e taxonomias de enfermagem (DELGADO et al., 2015; FRAZÃO et al., 2015; FRAZÃO et al., 2014).

A adolescência é uma etapa comum a todos os seres humanos, marcada por um paradoxo da perda da infância para o início da vida adulta (BRASIL, 2001), ocorrendo na faixa etária de 10 a 19 anos (HERDMAN; KAMITSURU, 2015; OMS, 1986). Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o adolescente vivencia transformações no crescimento e desenvolvimento, envolvendo dimensões biológica, cultural, social e psicológica em níveis individual e coletivo. Esse período é definido pelo crescimento estrutural do indivíduo e, sobretudo, pelo desenvolvimento físico, cognitivo e amadurecimento psicossocial (BRONFENBRENNER, 2011; BOCK, 2004; BOCK, 2007; NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012, SOUZA, 2014).

No aspecto físico, o jovem começa uma fase de transformações, conhecimento e descobertas do corpo. Iniciada com a puberdade, o indivíduo registra um complexo crescimento somático e maturação hormonal, que asseguram seu desenvolvimento físico e sexual (NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012).

O adolescente vivencia inúmeras modificações físicas, a saber: maturidade do sistema reprodutivo, desenvolvimento dos músculos, ossos e tecido gorduroso, alteração da voz, desenvolvimento das glândulas mamárias, aparecimento de pelos, acnes, alterações hormonais, aumento do peso e da estatura, dentre outros. Todos esses eventos podem vir a sofrer influências genéticas, sexuais, do ambiente e de

estilo de vida (HOCKENBERRY, 2006; NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012; RANGEL; COSTENARO; ROSO, 2012).

O desenvolvimento maturacional caracteriza-se pelo amadurecimento dos caracteres sexuais secundários, que vão desde o surgimento dos pelos pubianos, desenvolvimento das mamas e dos órgãos sexuais até as questões púberes quanto à identificação e descobrimento da sexualidade (HOCKENBERRY, 2006; NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012; RANGEL; COSTENARO; ROSO, 2012).

No que concerne aos aspectos cognitivo e psicossocial, o adolescente passa por maiores modificações, a saber: busca a autoafirmação, procura uma identidade própria, forma seu caráter e personalidade, define valores, ratifica sua independência familiar e social, estabelece ideias e conceitos preestabelecidos, amadurece quanto à aceitação da imagem corporal, obtém maturidade e satisfação sexual e também procura estabilidade social em seu grupo de convívio (HOCKENBERRY, 2006; NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012; RANGEL; COSTENARO; ROSO, 2012).

Nesse contexto, percebe-se que a adolescência é um período ímpar no desenvolvimento do ser humano. Os vínculos deixam de ser centrados na família, passando para seus pares, que podem ser amigos, grupos ou companheiros amorosos, com os quais os jovens encontram apoio. Os adolescentes desenvolvem habilidades sociais por meio dessas relações, nas quais compartilham experiências, emoções e conhecimentos. Entretanto, o desenvolvimento saudável da adolescência requer um equilíbrio dos meios biológico e psicossocial, bem como entre o apoio familiar e social (BRANCO; WAGNER; DEMARCHI, 2008).

Assim, a adolescência caracteriza-se por mudanças no desenvolvimento que marcam intrinsecamente um período de vulnerabilidade, necessitando de uma maior atenção por parte da sociedade, em particular dos profissionais de saúde. Essa vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de aspectos individuais e coletivos que acarretam maior suscetibilidade aos riscos e menor capacidade de proteção física, psíquica e moral do adolescente (NOGUEIRA; FERREIRA; VASCONCELOS, 2012).

O Ministério da Saúde aponta a importância da construção de estratégias para modificação do quadro nacional de vulnerabilidade dos adolescentes (BRASIL, 2010).

Entretanto, os serviços de saúde não têm ofertado atendimento apropriado ao adolescente, o que muitas vezes se dá pela especificidade do atendimento, inexperiência com a clientela e deficiência na formação profissional para assistir o adolescente (BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

A própria Enfermagem, no âmbito do seu sistema de classificação das respostas humanas, NANDA Internacional, apresenta apenas um diagnóstico de enfermagem (DE), esse pertence ao domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento da taxonomia. Entretanto, esse DE não enfatizar uma população específica (HERDMAN, 2012), além de apresentar seus componentes de forma ambígua, o que denotam desconexão quanto ao uso de seus termos. Já em sua nova versão, NANDA-I 2015-2017, os colaboradores decidiram pela retirada do DE supracitado, permanecendo apenas o DE de risco, *Risco de atraso no desenvolvimento* (HERDMAN, 2012; HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Como mencionado, o DE *Atraso no crescimento e desenvolvimento*, apresenta acepções obscuras e genéricas voltadas para avaliação de medidas corporais e desvios em relação à faixa etária. Fato esse que dificulta a inferência diagnóstica do enfermeiro. Destaca-se ainda que os fenômenos Crescimento e Desenvolvimento apresentam características definidoras e fatores relacionados inespecíficos às diferentes fases da vida.

A infância e adolescência são etapas diferentes do ciclo de vida e, cientificamente, percebe-se uma necessidade de se trabalhar o indivíduo de acordo com a faixa etária para melhor compreender as especificidades do ser humano. No Brasil, as políticas públicas direcionam ações voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente e a identificação e manejo de problemas de crescimento e desenvolvimento na adolescência (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o enfermeiro está inserido através da consulta de enfermagem ao adolescente. Essas ações devem ser operacionalizadas com o pensamento crítico através da inferência diagnóstica, avaliação de resultados e prescrição da assistência de enfermagem, incluindo solicitação de exames complementares e prescrição de medicações da competência do enfermeiro de acordo com protocolos e/ou normativas municipais validados pelo município (BRASIL, 2014).

Ademais, a taxonomia NANDA-I propõe-se a padronizar a linguagem de diagnósticos de enfermagem que descrevem seus cuidados a indivíduos, famílias e comunidades em diferentes locais (COSTA et al., 2010). Dessa forma, o DE identifica as características e fatores relacionados a situação específicas e, proporciona a elaboração de um plano de ação voltado para as necessidades do indivíduo (COSTA et al., 2010; HEDMAN; KAMITSURU, 2015).

Uma das metodologias apresentadas na literatura para análise de conceito é o modelo proposto por Walker e Avant (2011). Segundo Lopes, Silva e Araújo (2012), é um excelente processo de execução da análise conceitual. A análise de um conceito é importante para esclarecer o termo estudado, bem como examinar sua estrutura e função através da identificação de atributos e características que definem e mensurem esses termos. Esse tipo de estudo é indicado para conceitos particulares não bem definido que apresentam ambiguidade científica e prática; além de oferecer alternativas para explicar e descrever situações de interesse para a prática de uma disciplina ou mesmo para validar conceitos já estabelecidos, especialmente se este é novo ou está em construção.

Corroborando com o apresentado, na literatura geral, os conceitos crescimento e desenvolvimento não apresentam consenso e especificidade para o adolescente, sendo, em muitos casos, considerados sinônimos. Contudo, alguns autores (EL-KHATIB, 2015; HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006; SOUZA, 2014) afirmam que esses termos são fenômenos distintos, ainda que um complemente o outros e estejam intimamente relacionados. Para esses autores, o crescimento é aliado aos processos biológicos ligados ao aumento do corpo, tais como estatura e peso (mudanças quantitativas). Por outro lado, o desenvolvimento caracteriza as habilidades intelectuais e de relacionamento do indivíduo (mudanças qualitativas).

Nessa perspectiva, entende-se o crescimento e o desenvolvimento como fenômenos distintos, porém mutualmente relacionados. Acredita-se que os fatores que interfiram no crescimento possam interferir no desenvolvimento. No entanto, ainda que relacionados, eles necessitam de análise distintas para que o profissional possa estimar, de forma mais plausível e resolutiva, ações e estratégias de intervenção que possam favorecer a melhoria da saúde desse adolescente. Justificando-se, dessa forma, sua análise separadamente.

Nesse contexto, percebe-se que o adolescente vive uma realidade complexa que necessita ser compreendida em sua plenitude, principalmente quanto à questão do seu desenvolvimento. O desenvolvimento é entendido como um fenômeno mais abrangente que o crescimento, pois, além de incluí-lo, refere-se às alterações e composições nas quais o sujeito está inserido, evidenciando sua adaptação e inclusão social ao mundo adulto (BRASIL, 2002; MARCONDES; SETIAN; CARRAZA, 2002).

Nesse contexto destaca-se a assistência de enfermagem ao desenvolver um importante papel na promoção da saúde dessa população ao desenvolver habilidades específicas que possibilitem uma assistência mais direcionada, identificando quais fatores estão associados, ou possam estar presentes, frente ao atraso no seu desenvolvimento.

Assim, o exposto evidencia a relevância de propor uma nova estrutura diagnóstica para o desenvolvimento do adolescente, delimitando características definidoras e fatores relacionados específicos para cada fenômeno, proporcionando elementos mais acurados para a prática clínica do enfermeiro.

Ademais, percebe-se a relevância da aplicação de um processo de trabalho sistematizado em todas as áreas de atuação do enfermeiro, em particular na saúde do adolescente, pela complexidade que envolve a assistência a essa clientela, como supracitado.

Outrossim, destaca-se a importância de complementar as evidências científicas da taxonomia da NANDA-I por meio de pesquisas de construção de componentes de diagnósticos de enfermagem por meio da literatura, pois é necessário atender às especificidades e manter a cientificidade no emprego de uma assistência baseada na práxis do enfermeiro.

A partir do contexto explicitado, elencaram-se como questionamentos da presente pesquisa: Qual é o conceito de atraso no desenvolvimento em adolescentes? Quais são os atributos essenciais desse conceito? Quais são os antecedentes e os consequentes do atraso no desenvolvimento em adolescentes?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir os componentes do diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no Desenvolvimento em adolescentes a partir da literatura.
- Construir uma definição para Atraso no desenvolvimento de adolescentes, bem como definições conceituais e referenciais empíricos para os antecedentes e consequentes do fenômeno “atraso no desenvolvimento”.
- Propor um rótulo diagnóstico para o Atraso no desenvolvimento em adolescentes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento teórico deste estudo, foram necessárias reflexões sobre os diagnósticos de enfermagem e o processo de desenvolvimento. No tocante ao desenvolvimento, discutir-se-á três domínios, a saber: Biossocial; Cognitivo e Psicossocial, conforme será apresentado a seguir. Destaca-se a importância da divisão, conforme sugerida por Berger (2003), para fins didático, do fenômeno desenvolvimento nesses três domínios, pois facilitará a identificação dos acontecimentos que marcam o mesmo.

3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

No que concerne a organização dos cuidados em saúde, tem-se exigido das profissionais novas competências, propostas e metodologias que possibilitem assistir de forma sistematizada as necessidades dessa clientela. Garcia e Nóbrega (2010) afirmam que a enfermagem, como ciência, deve tornar sua linguagem clara e objetiva, um universo comum de percepções e comunicações.

A partir da década de 50, a enfermagem vem desenvolvendo estratégias para formação do seu próprio corpo de conhecimento. Essa construção muitas vezes dar-se-á através de teorias e modelos assistências que orientam a prática desses profissionais, distinguindo assim de outras profissões. Nesse período surge o Processo de Enfermagem (PE) como um conjunto de etapas que subsidiarão as questões que envolvem a referida profissão como seus limites, funções, habilidades e instrumento de ensino (MECEWEN; WILLS, 2009).

O PE organiza a assistência possibilitando sua individualização e sistematicidade. Suas ações voltam-se para as especificidades do indivíduo, visando resultados positivos em relação ao processo saúde-doença com abordagens, em geral, de solução de problemas (ALFARO-LEFÈVRE, 2010; BRASIL, 2009). Consiste de cinco etapas inter-relacionadas, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação subsidiadas por sistemas de classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados (ALFARO-LEFÈVRE, 2010).

Dentre essas etapas, destaca-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE), pois o sucesso nas demais etapas dependerá da inferência da resposta humana real ou de risco apropriada, bem como, dentre as classificações, é uma das mais divulgadas e utilizadas em estudos internacionais (SILVA; LIMA, 2014).

A NANDA-I propõem-se a padronizar a linguagem de diagnósticos de enfermagem que descrevem os cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades em diferentes locais (COSTA et al., 2010). Dessa forma, o DE identifica as características e fatores relacionados a situação específicas e, proporciona o desenvolvimento de um plano de ação eficiente e individualizado (COSTA et al., 2010; HEDMAN; KAMITSURU, 2015).

No tocante aos DE da NANDA-I 2012-2014, especificamente do domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento, que se destinam aos fenômenos mencionados, estavam unidos ou desmembrados, o que denotam desconexão quanto ao uso de seus termos, bem como não enfatizam uma população específica para os DE em questão, a saber: *Risco para o crescimento desproporcional; Atraso no crescimento e no desenvolvimento; e Risco de atraso no desenvolvimento*. Já em sua nova versão, NANDA-I 2015-2017, foi retirado o DE real *Atraso no crescimento e no desenvolvimento* permanecendo apenas o DE de risco, *Risco de atraso no desenvolvimento* (HERDMAN, 2012; HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Atualmente exige-se um maior rigor metodológico para inclusão de novas taxonomias como: critérios de evidência, referências bibliográficas para definições de cada fator relacionado e característica definidora ou fatores de risco. Essas observações visam a melhora da qualidade científica da enfermagem (SILVA; LIMA 2014).

Herdman e Kamitsuro (2015), propõem que os diagnósticos da NANDA-I sejam construídos por meio de um sistema constituídos por eixos operacionais, os quais devem dimensionar as respostas humanas. As autoras recomendam ainda que o título do DE represente sete eixos mutualmente relacionados, a saber: (1) foco do diagnóstico; (2) sujeito do diagnóstico; (3) julgamento; (4) localização; (5) idade; (6) tempo e, (7) situação do diagnóstico.

O eixo 1, representado pelo foco do diagnóstico é o elemento essencial do conceito, ou seja, é a sua estrutura que pode ou não conter um julgamento. O eixo 2,

sujeito do DE, é aquele a que se refere como indivíduo, família, grupo, comunidade. Mesmo sendo um elemento importante ele pode vir implícito no título do DE. O eixo 3, o julgamento, é um termo que limita ou especifica o sentido do foco do DE, que pode ser: atrasado, prejudicado, ineficaz, etc. O eixo 4, localização, corresponde as delimitações físicas ou funções fisiológicas que descrevem o indivíduo como ser biológico. No eixo 5, idade, refere-se à idade cronológica do sujeito diagnóstico. No penúltimo eixo, tempo, descreve a duração do conceito. O último eixo, situação do diagnóstico, imputa a potencialidade do problema e pode ser direcionado ao foco do problema, promoção da saúde ou mesmo como um fator de risco. Ressalta-se ainda que, em alguns casos, os eixos estão implícitos, entretanto os eixos 1 (foco diagnóstico) e o 3 (julgamento) são componentes essenciais de um DE (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Esses eixos podem reproduzir *Diagnósticos Reais*, *Diagnósticos de risco* e *Diagnósticos de promoção da saúde*. Os diagnósticos de enfermagem da categoria Real ou Diagnóstico com foco no problema é o julgamento clínico do enfermeiro sobre uma determinada resposta humana indesejada relacionada a uma condição de saúde ou processo de vida que possa existir em uma pessoa, família ou comunidade (HERDMAN, KAMITSURU, 2015), o que é o foco deste estudo.

3.2 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

O processo de desenvolvimento ocorre gradualmente em todos os seres humanos e corresponde às mudanças particulares e distintas para cada indivíduo nas suas diferentes fases da vida. Em termos gerais, esse domínio procura compreender como se caracteriza esse processo durante o ciclo de vida (BERGER, 2003; CHULANI, GORDON, 2014).

A busca incessante pela ciência do desenvolvimento perpassa por considerações genéticas, que fornecem o princípio do desenvolvimento humano até a variedade de experiências particulares que ordenem e aperfeiçoem o desenvolvimento, desde o impacto da vida pré-natal até as influências da família, da escola, dos grupos e da comunidade ao longo da vida. Além de levar em conta o

contexto histórico e as influências familiares, socioeconômicas e culturais (BERGER, 2003).

A ciência do desenvolvimento, segundo Vygotsky (1996), está conectada à evolução ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano. Essa evolução, nem sempre linear, dá-se em diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor. Eles são determinados por seus processos de maturação biológicos ou genéticos. Contudo, deve-se, ao pensar em desenvolvimento humano, considerar para além do fisiológico.

Assim, é importante estabelecer uma conexão entre o ser biológico e o meio no qual ele está inserido. Isso implica em enfatizar as mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais do indivíduo percebendo que o foco na análise variar-se-á desde: eventos genéticos até os processos culturais, fisiológicos até as interações sociais e a padrões de adaptação mediante interações do indivíduo (BRASIL, 2001; DESSEN; GUEDEA, 2005; VYGOTSKY 1998).

O modo como teóricos explicam o desenvolvimento depende da análise e peso de diversos fatores, como a hereditariedade, ambiente, interferência do indivíduo sobre seu próprio desenvolvimento e se ele ocorre de forma contínua ou em etapas.

Dentre as teorias que discutem o desenvolvimento, destaca-se:

- Teoria psicanalítica, na qual o desenvolvimento é conduzido por processos conscientes e inconscientes através de estágio (BORGER, 2011);
- Teoria de aprendizagem, que traz o desenvolvimento segundo premissas de mudanças comportamentais influenciadas por experiências ou adaptações que o indivíduo sofre através do ambiente (BORGER, 2011);
- Teoria cognitiva, que se preocupa com o pensamento e comportamento no desenvolvimento (BORGER, 2011);
- Teoria ecológica, que junta o desenvolvimento com o sistema ecológico, entendendo-o como inseparáveis (BORGER, 2011);
- O behaviorismo que enfatiza o comportamento humano como objeto de estudo, valorizando-os e reconhecendo a existência de comportamentos encobertos como os pensamentos, sentimentos, cognições, sonhos, dentre outros (VIOTTO FILHO; PONCE; ALMEIDA, 2009);

- Teoria piagetiana ou teoria do desenvolvimento cognitivo que relaciona conceitos da biologia e a epistemologia unificando em uma teoria que integra os fenômenos cognitivos ao contexto da adaptação do organismo ao meio, tendo a biologia como elementos fundantes da sua teoria (VIOTTO FILHO; PONCE; ALMEIDA, 2009).

Em particular, os adolescentes vivenciam o desenvolvimento de forma rápida e substancial. Tais mudanças resultam de processos que organizam suas experiências deixando a infância para ser inserido no mercado de trabalho e construir uma família. Essas transformações abrangem distintos processos de desenvolvimento familiar, social, físico-pubertário, psicoemocional e intelectual (BRASIL, 2001).

O estudo do desenvolvimento é dividido, por Berger (2003), em três domínios, o que facilita sua análise e compreensão, uma vez que se trata de um fenômeno muito abrangente, a saber:

1. Biossocial – compreende o cérebro e o corpo, bem como suas mudanças e as influências sociais que as direcionam;
2. Cognitivo – compreende os processos de pensamento, habilidades perceptuais e do domínio da linguagem; e
3. Psicossocial – compreende as relações interpessoais, como a família, amigos e comunidade.

Apesar dessa divisão, sabe-se que o desenvolvimento de cada domínio em separado é influenciado pelos outros dois. O corpo, a mente e a emoção estão interligados a ponto de um ter interferência no desenvolvimento de forma integrada (BERGER, 2003).

Desse modo, os tópicos a seguir apresentam cada um desses domínios separadamente, na perspectiva do adolescente.

3.3 DESENVOLVIMENTO BISSOCIAL

O desenvolvimento biossocial, segundo Berger (2003), corresponde ao desenvolvimento físico e à maturação sexual, os quais o adolescente vivencia na transição da infância para a idade adulta. Esta fase abrange a puberdade, uma série

complexa de eventos mediados por fatores genéticos, hormonais e ambientais que culminaram na maturidade somática e capacidade reprodutiva (BERGER, 2003; CHULANI, GORDON, 2014; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

O início e duração são marcados por influências hormonais que permitem o desenvolvimento visível do corpo através de características sexuais secundárias que preparam o corpo para a reprodução. As escalas, desenvolvidas por Marshall e Tanner, preveem, nas meninas, o aparecimento e desenvolvimento dos seios, pelos pubianos, surto do crescimento, alargamento dos quadris e a menarca; nos meninos, observam-se o surgimento e o crescimento dos pelos pubianos, desenvolvimento dos testículos e pênis, a telarca, surto do crescimento, mudanças na voz, crescimento de pêlos faciais (BERGER, 2003; CHULANI, GORDON, 2014; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Essas escalas permitem o monitoramento do desenvolvimento das características sexuais secundárias e fornecem melhor correlação para o calendário de eventos da puberdade em relação à idade cronológica devido à variabilidade no tempo e ao ritmo do desenvolvimento puberal (BERGER, 2003; CHULANI, GORDON, 2014; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Nas meninas, o primeiro sinal de desenvolvimento da puberdade tende a ser o aparecimento do broto mamário (Telarca) a uma idade média entre 10,5 e 11 anos. Aproximadamente, 2 a 2,5 anos após o início do desenvolvimento da mama, ocorre a menarca. Nos meninos, o primeiro sinal de desenvolvimento puberal é um aumento no volume testicular (≥ 4 ml), que ocorre em uma idade média de 12 anos (CHULANI, GORDON, 2014; POZOA; ARGENTE, 2003).

Normalmente, há uma estreita relação entre o grau de desenvolvimento puberal e o início do surto de crescimento puberal. Nas meninas, o estirão tende a coincidir com o início do desenvolvimento mamário (Tanner II); pelo contrário, em meninos, este período acelerado de crescimento ocorre mais tarde e tende a começar quando o desenvolvimento genital atinge estádios Tanner III/IV ou um volume testicular de 10ml.

Embora o conceito de puberdade atrasada apresente controvérsia na literatura, Chulani, Gordon (2014) e Pozo, Argente (2003) conceituam como o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários com dois anos acima da média para os padrões

populacionais em relação ao sexo e origem étnica. Em termos práticos, isto corresponde a uma idade cronológica de 14 anos para os homens (volume testicular <4 ml) e 13 anos para as meninas (ausência de telarca) (CHULANI, GORDON, 2014; POZOA; ARGENTE, 2003).

Normalmente, a puberdade tem duração de três a quatro anos após seu início, sendo responsável tanto por alterações físicas, quanto emocionais. Esse último é despertado, especialmente, pelos níveis de hormônios que afetam bruscamente o estado emocional do indivíduo, provocando alterações repentinas no humor. Indiretamente, essa inconstância hormonal leva a um impacto emocional muito maior através da adaptação à perda daquele corpo infantil e surgimento de um corpo adulto (BERGER, 2003).

Em suma, a maturação tardia ou mesmo precoce pode acarretar complicações no desenvolvimento desses indivíduos. Esse evento pode vir a sofrer influência de diversos fatores, como questões genéticas, nutrição e estresse. O começo da puberdade, quando ocorre em seu período normal, ou seja, ao mesmo tempo que seus pares, veem as mudanças de forma mais positiva do que aqueles que atingem mais cedo ou mais tarde (BERGER, 2003; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

As meninas que amadurecem mais cedo, por exemplo, descobrem pressões e expectativas adicionais, mas encontram poucos colegas com quem compartilhar seus interesses e problemas. E assim podem sofrer preconceito pelos colegas por ser estruturalmente diferente do grupo no qual estão inseridas. Para contornar a situação, essas meninas com maturação precoce desenvolvem um andar mais curvo para parecer mais baixa e roupas que tentem a esconder seu corpo em desenvolvimento. Percebe-se, então, que essas adolescentes apresentam distúrbios da imagem corporal, o que pode desencadear outros distúrbios, como os alimentares e de personalidade (BERGER, 2003).

Já os meninos sofrem mais com o atraso na puberdade, que, por esse motivo, testemunham o afastamento social (meninas e turma) por não estarem compatíveis com os ditos padrões do grupo. Em geral, meninos com puberdade atrasada costumam desenvolver baixa autoestima e criam mais problemas durante a adolescência. Contudo, o processo de puberdade tardia nos meninos envolve mais que o desenvolvimento físico e a maturação sexual, ela depende também dos traços de personalidade, a população e as pressões culturais (BERGER, 2003).

Segundo Erickson (1968), desenvolver uma imagem corporal saudável é parte integral do processo de tornar-se adulto, independente do sexo. Entretanto, poucos adolescentes estão satisfeitos com o seu desenvolvimento físico, incorporando a ideia de que seus corpos estão fora do “padrão” e são pouco atraentes. Esse confronto também pode vir a ser agravado por situações de vulnerabilidade do adolescente, como abuso sexual, distúrbios nutricionais e uso de drogas lícitas ou ilícitas. Nessa linha, entende-se que certos hábitos podem influenciar, de forma negativa, o desenvolvimento normal, induzindo-os a distúrbios que prejudiquem seu caminhar para o próximo ciclo da vida (BERGER, 2003).

Assim, o modo como o adolescente entende seu desenvolvimento maturacional inclui a compreensão das mudanças pelas quais ele está passando. Entretanto, quase todos os adolescentes apresentam um forte sentimento de privacidade com relação a eles. Fato esse que dificulta a percepção dos familiares e dos profissionais sobre quais problemas podem estar presentes nessa população e quais melhores formas de intervir (BERGER, 2003).

3.4 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

O desenvolvimento cognitivo do adolescente está relacionado às habilidades mentais do indivíduo como a consciência, pensamento, aprendizagem e recordação. Os adolescentes estão cada vez mais cientes dos interesses do mundo e de suas necessidades pessoais por analisarem situações vivenciadas de forma lógica e suplementada pela razão (BERGER, 2003). Logo, o desenvolvimento cognitivo se dá através de assimilação e acomodação (SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

Na visão de Silva, Viana e Carneiro (2011), os adolescentes tornam-se mais habilidosos cognitivamente, focando sua atenção mesmo que esteja rodeado de distrações. Sua capacidade de memória se amplia, permitindo que os adolescentes articulem suas ideias e conceitos formulados com os já existentes em sua mente. Assim, constrói esquemas de assimilação mentais para abordar a realidade, não interferindo no conhecimento da realidade.

Para Piaget, o pensamento operacional formal começa a ser alcançado na adolescência. Segundo essa teoria, esse tipo de pensamento é o último estágio do

desenvolvimento cognitivo, surgindo da combinação entre maturação e experiência. Além disso, grandes estudiosos do desenvolvimento estão de acordo em que o pensamento do adolescente difere qualitativamente do pensamento das crianças ao conseguirem pensar nas possibilidades (hipóteses), e não apenas na realidade (INHELDER; PIAGET, 1958; KITCHENER; FISCHER, 1990; OVERTON, 1990).

No período das operações formais ocorre a passagem do pensamento formal para o abstrato, isto é, o adolescente realiza as operações no plano das ideias, sem necessitar de manipulação ou referências concretas. Ele é capaz de tirar conclusões de puras hipóteses e imaginações. Essa capacidade para o pensamento hipotético envolve o raciocínio sobre preposições que refletem ou não a realidade (SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

Conforme os adolescentes desenvolvem essa habilidade de pensar hipoteticamente, eles rapidamente se tornam mais capazes de raciocínios dedutivos, utilizando-se da lógica para testar e tirar suas próprias conclusões. Contudo, o pensamento hipotético e pensamento dedutivo podem vir a se desenvolver de forma mais lenta para alguns adolescentes. Os ganhos cognitivos do pensamento operacional nem sempre são conseguidos durante a adolescência, nem sempre são adquiridos por todas as pessoas (BERGER, 2003).

Uma outra característica do desenvolvimento do adolescente é o egocentrismo. Eles tendem a se preocuparem como o mundo observando-o, analisando seus pensamentos e sentimentos particulares, refletindo sobre seu futuro e suas experiências diárias. Nisso, o adolescente descreve-se como alguém que se considera como o centro de todo o interesse social ou biológico sendo estigmatizado, por essa atitude, como egoísta, narcisista e metido. Esse ego pode levar a situações de risco ao acreditarem que nunca serão vítimas de acidentes, doenças, abusos, serem influenciados por amigos, e isso faz com que eles subestimem suas vulnerabilidades (BERGER, 2003).

Entender o pensamento adolescente, em referência ao pensamento operacional formal de Piaget, a forma hipotética e egocêntrica que marca a fase em que essa população se encontra, é importante para compreender que, pela primeira vez, eles estão em situação de tomarem decisões, que influenciarão quem eles se tornarão e como suas vidas serão conduzidas.

3.5 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

As mudanças psicossociais perpassam pela convivência com seus pais, amigos, grupos, intimidades, compromisso sociais e pessoais, bem como a compreensão de sua própria identidade. Mais ainda, Berger (2003) afirma que tornar-se adulto é uma questão de maturidade social, não apenas de tamanho ou intelecto.

O desenvolvimento psicossocial na adolescência é entendido como a descoberta da identidade. Nessa caminhada, alguns adolescentes experimentam conflitos que levam a diversas percepções de quem eles realmente são, em diferentes grupos e lugares, quem gostariam de ser e quem temem se tornar. Isso é denominado de experiências dos possíveis “eus” do adolescente (BERGER, 2003).

Sobre as relações sociais, o adolescente passa por um processo de interiorização, podendo até ser taxado como antissocial. Nesse momento, ele se afasta da família questionando seus conselhos; contudo, na realidade, sua reflexão está direcionada para a sociedade. No período da afetividade, ele deseja libertar-se do adulto, mas ainda depende dele; deseja ser aceito pelos amigos e pelos adultos. O grupo de amigos é um importante referencial para o jovem, determinando as palavras, as vestimentas e outros aspectos de seu comportamento. Nessa etapa, ele começa a estabelecer sua moral individual, que é referencial à moral do grupo (SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

À medida que lidam com a crescente diversidade e complexos aspectos de sua personalidade, os adolescentes se defrontam com desafios psicossociais classificado, por Erikson (1968), como identidade versus confusão. O autor afirma ainda que a busca pela identidade leva à principal crise da adolescência.

Nessa perspectiva, o jovem passa a procurar a se identificar como indivíduo assimilando novas descobertas ao mesmo tempo que mantém antigas conexões, formando assim ligações e valores, que ao passar do tempo vão tornando-se alicerces para a formação de sua identidade sexual, política, moral e religiosa. Estas, por sua vez, são estáveis e consistentes umas com as outras permitindo que o adolescente se torne um indivíduo social e de identidade própria (BERGER, 2003).

Assim, a adolescência constitui uma fase cheia de questionamentos e instabilidade, que se caracteriza por uma intensa busca de si mesmo (identidade), da liberdade e de sua autoafirmação como cidadão (BERGER, 2003). Percebe-se ainda condições que possam repercutir nessa formação psicossocial, como o contexto sociodemográfico, familiar, cultural e tecnológico, nos quais o adolescente está inserido (SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

Tais influencias podem interferir no processo de desenvolvimento psicossocial desse adolescente de forma que ele apresente uma crise de identidade que interfiram na sua formação adquirindo valores de pessoas próximas, ou podem assumir uma identidade negativa, desafiando as expectativas da família e da comunidade. Contudo, se o adolescente não conseguir lidar com esses problemas de alguma maneira isso pode persistir durante a idade adulta, dificultando a inclusão desse indivíduo na sociedade (BERGER, 2003; SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

Nessa perspectiva, é interessante identificar quais fatores podem influenciar no desenvolvimento normal dessa clientela e assim poder planejar estratégias de intervenções que minimizem seus efeitos, bem como que possam prevêê-los de forma mais eficiente, tendo a atenção dirigida para atender às necessidades de cuidados de saúde como um componente essencial para a transição bem-sucedida desse indivíduo para a vida adulta.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma análise de conceito, segundo o referencial de Walker e Avant (2011). Essa análise foi operacionalizada por uma revisão integrativa, utilizando-se o método de Whitemore e Knafll (2005).

Assim, inicialmente, buscou-se identificar o conceito Atraso no desenvolvimento em adolescente, seus atributos, antecedentes e consequentes, bem como suas definições conceituais e referências empíricas, a partir da literatura. Depois, propor um enunciado diagnóstico sobre atraso no desenvolvimento em adolescentes. Cada etapa será apresentada separadamente a seguir.

4.2 ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT (2011)

O conceito, em sua essência, tem como função principal a construção do conhecimento científico, por meio de definições que acurem seu significado e uso, permitindo sua utilização em consonância com as especificidades do contexto (ANDRADE et al., 2012).

Em relação ao seu aspecto estrutural, o conceito é subscrito por características comuns para uma dada classe de objetos ou fenômenos relacionados a algum meio de expressão, que pertencem ao conhecimento científico de determinada área de conhecimento (WALKER; AVANT, 2011).

A análise de conceito proposta por Walker e Avant (2011) tem forte relação com a enfermagem e com seus sistemas de classificação. Esse fato contribui para a construção, bem como para o aprimoramento de uma linguagem própria e padronizada da profissão.

O esclarecimento de conceitos vagos ou imprecisos utilizados na prática profissional é um dos condicionantes para o desenvolvimento de uma análise conceitual. Assim, analisar um termo permite o desenvolvimento de conceitos sólidos

e claros, nomeando-os de forma mais acurada e determinando adequadamente seu uso, dentro de contextos específicos, levando, assim, a uma maior precisão e fidedignidade ao ser aplicado na pesquisa e na prática profissional (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; WALKER; AVANT, 2011).

De fato, quanto mais claros forem os conceitos, maior será a compreensão entre aqueles que os utilizam. Conceitos são construídos através de atributos ou características que possibilitam sua especificidade e identidade própria. Esses atributos são compreendidos como características que aparecem com frequência, quando um conceito é descrito (WALKER; AVANT, 2011).

Para dimanar a análise de conceito, Walker e Avant (2011) apresentam oito passos a serem seguidos, a saber: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação de um caso modelo, identificação de casos adicionais, identificação dos antecedentes e consequentes do conceito e a definição das referências empíricas.

Como supracitado, o primeiro passo para a análise do conceito é a sua seleção. Nessa perspectiva, o conceito a ser investigado deve abarcar a forma mais abrangente do conteúdo que se pretende estudar. Walker e Avant (2011) destacam que para selecionar o conceito deve-se pensar em seu formato e em sua consistência. Sendo assim, ele poderá ser formado por apenas uma palavra ou por mais de uma e deve nomear claramente aquilo a que se pretender explicar ou descrever. No presente estudo, o conceito a ser analisado é o Atraso no desenvolvimento em adolescentes.

A segunda etapa, determinação dos objetivos, responde ao “por que da pesquisa” e foca no que se pretende fazer dos resultados ao desenvolver uma definição operacional (WALKER; AVANT, 2011). Nesta pesquisa, os objetivos foram: identificar os atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no Desenvolvimento em adolescentes a partir da literatura; construir definição para o Atraso no desenvolvimento em adolescentes, bem como definições conceituais e referências empíricas para os antecedentes e consequentes do conceito em estudo as quais irão subsidiar a construção de um diagnóstico de enfermagem voltado para adolescente.

Segundo Walker e Avant (2011), conceitos são construções mentais que representam categorias de informações para nomear o que se refere. Os autores acrescentam ainda que esse deve ser estruturalmente definido de forma clara possibilitando a identificação de sua função e uso para qualquer pessoa. Corroborando com essa linha de pensamento, Rodgers (2000), enfatiza que os conceitos são dinâmicos, amplos, absolutos e claros, influenciados pelo contexto, com determinada utilidade ou finalidade. Sendo assim, deve-se atribuir definições que facilitem a clareza desse conceito.

Na enfermagem, o foco diagnóstico envolve o conhecimento de conceitos subjacentes a ciência de enfermagem. Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara e seus indicadores, para diagnóstico real, que incluem as características definidoras (CD) e fatores relacionados (FR). É válido ressaltar que a NANDA-I, além dos diagnósticos reais trabalha com diagnósticos de e de promoção a saúde, porém como o foco do presente estudo é a elaboração de DE real manteremos o raciocínio nessa linha de pensamento (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

No que concerne os antecedentes, estes são eventos presentes na vida do indivíduo antes da ocorrência do conceito e os consequentes são eventos que ocorrem como resultado do conceito. No caso dos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes serão os fatores relacionados e os consequentes as características definidoras (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013a).

Em síntese, para construção de novos DE reais, deve-se combinar valores começando pelo foco diagnóstico, sujeito e julgamento, bem como identificar os demais componentes, CD e FR, baseado nas melhores evidências científicas. As CD são os sinais e sintomas que o indivíduo apresenta passíveis de observações. Os FR é a causa ou fator contribuinte que integram a inferência do DE, sendo, sempre que possível, o foco das intervenções de enfermagem (HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Para responder a esses objetivos, inicialmente, foi realizada uma busca minuciosa na literatura sobre a definição, atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes, conforme recomendado por Lopes, Silva, Araújo (2013b) e Lopes, Silva, Herdman (2015).

O terceiro passo da análise, segundo Walker e Avant (2011), identificação dos possíveis conceitos identificados na literatura. Tratou-se de uma busca minuciosa na

literatura, subsidiada por uma revisão integrativa, sobre quais estudos, de forma global e sem limites específicos de tempo ou área, por exemplo, trazem para acrescentar na análise do conceito. Com isso, vislumbra-se o conceito de forma mais abrangente. Ressalta-se ainda que esta etapa e as próximas cinco do Modelo de análise de conceito de Walker e Avant (2011) foram realizadas concomitantemente à revisão integrativa da literatura, que será detalhada no próximo tópico.

Posteriormente, no quarto passo, foram identificados e selecionados os atributos essenciais ou definidores do conceito. Neste, à medida que os estudos selecionados foram lidos, palavras ou expressões capazes de desvendar a essência do conceito foram elencadas julgando ser importantes para a formulação do mesmo. Para tanto, identificou-se todas as definições possíveis do conceito selecionado, o que permitiu denominar os atributos essenciais na formulação da definição do conceito.

A etapa seguinte, o quinto passo, compreendeu a construção de casos modelos permitindo, de forma abstrata, a utilização prática do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes.

No sexto passo, identificação de outros casos: limítrofes, relacionados, contrários inventados e ilegítimos, que servem de auxílio na decisão quanto aos atributos essenciais do conceito (WALKER; AVANT, 2011). Entre esses, selecionou-se o caso contrário.

O caso contrário exemplifica o “não conceito”. Destaca-se que as autoras recomendam a utilização desta etapa apenas se o conceito não estiver claro no caso modelo. Todavia, optou-se pela apresentação de um caso adicional nesta pesquisa, já que ele representa o oposto do conceito, exemplificando, assim, como o conceito Atraso no desenvolvimento de adolescentes não estará presente (WALKER; AVANT, 2011).

O sétimo passo do modelo é a identificação dos antecedentes e dos consequentes do conceito. Os antecedentes são eventos presentes na vida do indivíduo antes da ocorrência do conceito e os consequentes são eventos que ocorrem como resultado da ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2011). No caso dos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes serão os fatores relacionados e os consequentes as características definidoras (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013a). Sua identificação ocorreu através da interpretação dos estudos selecionados na

terceira etapa quanto àqueles fatores que influenciavam a ocorrência do conceito ou que ocorrem como consequência do mesmo, respectivamente.

Finalmente, na última etapa foi realizada a identificação das referências empíricas dos atributos críticos encontrados para o conceito, segundo Walker e Avant (2011), como ele é mensurado. Foram definidas as classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua presença ou existência, demonstram a ocorrência do conceito em si (WALKER; AVANT, 2011). Acrescentou-se também a possibilidade da consulta em outras publicações de livros-texto e o senso crítico dos pesquisadores envolvidos, fornecendo maiores subsídios para a formulação das referências empíricas dos antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes, uma vez que os mesmos não foram encontrados nos estudos selecionados na revisão integrativa.

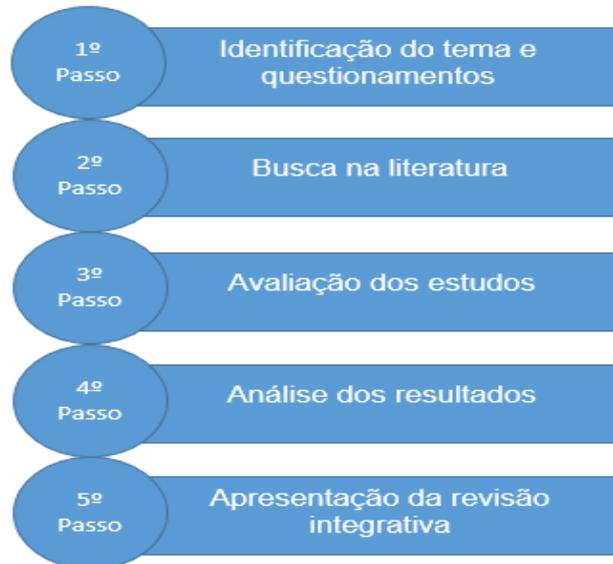
4.2.1 Revisão integrativa

A revisão integrativa destina-se à síntese dos estudos realizados sobre determinado assunto, construindo uma conclusão. Este método possibilita a segregação de evidências atualizada sobre um determinado problema, possibilitando, dessa forma, a inferência da validade do conhecimento e se ele está apropriado para ser transferido para a prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Uma revisão integrativa deve ser alicerçada em padrões de rigor metodológico, que possibilitam a identificação das características dos estudos analisados e oferecem subsídios para o avanço da enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Além disso, pode contribuir para o aprimoramento de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Para a execução da revisão integrativa da literatura, Whittemore e Knafl (2005) propõem cinco etapas, a saber: identificação do tema e questionamentos da revisão integrativa; amostragem ou busca na literatura; avaliação dos estudos; análise dos estudos (interpretação dos resultados); e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Passos para revisão integrativa da literatura, propostos por Whittmore e Knalf (2005). Natal/RN 2016.



Fonte: WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

Com o propósito de guiar a busca nas bases de dados, foi utilizado um protocolo composto pelos seguintes itens: tema da revisão, objetivo, questões norteadoras, estratégias para buscar as pesquisas, descritores e sinônimas em inglês, cruzamentos, seleção dos estudos (critérios de inclusão e exclusão), estratégia para a coleta de dados e avaliação metodológica do estudo, estratégia para a avaliação crítica dos estudos e síntese dos dados (APÊNDICE A).

Para análise metodológica da amostra, adotou-se a classificação utilizada por Melnyk et al. (2010) do nível de evidência. Os autores recomendam a categorização em sete níveis distintos que correspondem à força da evidência que o método implica ao estudo, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos níveis de evidência dos estudos. Natal/RN, 2016.

Nível de evidência		Força de evidência
I	Evidências originárias de revisões sistemáticas ou metanálises de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.	<p style="text-align: center;">Maior força de evidência</p>  <p style="text-align: center;">Menor força de evidência</p>
II	Evidências oriundas de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados.	
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.	
IV	Evidências resultantes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados.	
V	Evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.	
VI	Evidências derivadas de estudos descritivos ou qualitativos.	
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.	

Fonte: MELNYK B. M. et al. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. American Journal of Nursing. v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

A revisão integrativa da literatura teve como tema o conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. O objetivo da mesma foi identificar o conhecimento produzido na literatura acerca dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes nos domínios cognitivo, psicossocial e biossocial (maturacional), segundo proposto por Berger (2003). Convém ressaltar que a revisão de literatura ocorreu concomitante com as etapas de identificação do uso do conceito, identificação e seleção dos atributos essenciais, construção do caso modelo e do caso contrário, identificação dos antecedentes e identificação do referencial empírico.

Conforme comentado no referencial teórico, a divisão do desenvolvimento nesses três domínios é apenas para fins didáticos e facilita a identificação dos acontecimentos que marcam o mesmo. Assim, optou-se por apresentar os resultados do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes na perspectiva dos três domínios apresentados.

Para nortear esta pesquisa, os seguintes questionamentos foram elencados:
 1º) Quais são os atributos do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?
 2º) Quais são os antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?
 3º) Quais são as definições conceituais e referenciais empíricos

para os antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?

Como critérios de inclusão foram considerados: estudos científicos disponíveis eletronicamente na íntegra, nas bases de dados eleitas ou nos periódicos disponíveis pelo Portal CAPES ou em revistas eletrônicas específicas do fenômeno que não estavam indexadas no portal; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; artigos que abordem a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. Os critérios de exclusão foram: revisões, resumos, editoriais, teses e dissertações, opiniões de especialistas e cartas ao editor.

Para a busca na literatura, utilizaram-se as seguintes bases de dados: SCOPUS, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PUBMED (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*), LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) *Web of Science* e *Science Direct* e o periódico *Journal of Human Growth and Development*.

Com relação aos descritores para a busca, foi adotado o vocabulário *Medical Subject Headings* (MeSH), em língua inglesa, e o vocabulário estruturado e trilingue, *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), disponível pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Assim, foram utilizados os descritores: *Developmental Disabilities*; *Growth and Development* e *Adolescent*. Optou-se também pela utilização de palavras-chave, uma vez que os descritores indexados não satisfaziam por completo as particularidades do fenômeno. As palavras-chave foram: Desenvolvimento psicossocial; Desenvolvimento cognitivo; Desenvolvimento físico; Maturação sexual; Atraso; Atraso na puberdade. Os descritores e as palavras-chave foram interligados pelo operador booleano AND e OR.

A seguir, o Quadro 2 apresenta as definições de cada descritor utilizado.

Quadro 2 – Descritores com suas respectivas definições do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Natal/RN, 2016.

Descritor	Definição
<i>Developmental Disabilities</i>	Desordens nas quais existe um atraso no desenvolvimento baseado no esperado para um dado nível da idade ou da fase de desenvolvimento. Estas deficiências ou incapacidades originam antes dos 18 anos, podem ser esperadas para continuar indefinidamente e constituem um prejuízo substancial. Fatores biológicos e não biológicos estão envolvidos nessas doenças.

Continua

Continuação

<i>Growth and Development</i>	Conjunto de alterações de forma, tamanho, componentes e funções de um determinado organismo ao longo do tempo, à medida que o organismo evolui de sua forma inicial até seu tamanho definitivo e maturidade.
<i>Adolescent</i>	Pessoa com 13 a 18 anos de idade.

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

As palavras-chave como não estavam indexadas em vocabulários específicos de pesquisa, optou-se por não trazer definições nesse momento. Dessa maneira, os cruzamentos desses descritores e palavras-chave serão detalhados no Quadro 3.

Quadro 3 – Cruzamentos realizados nas bases de dados e periódicos selecionados. Natal/RN, 2016.

Cruzamento	Descritores/Palavras-chave (inglês/português) + operador booleano
01	Delay AND Growth and Development* AND Adolescent* Atraso AND crescimento e desenvolvimento* AND adolescente*
02	Developmental Disabilities* AND Adolescent* Deficiências do Desenvolvimento* AND adolescente*
03	Delay AND cognitive development AND adolescent* Atraso AND Desenvolvimento cognitivo AND adolescente*
04	Delay AND physical development AND adolescent* Atraso AND Desenvolvimento físico AND adolescente*
05	Delay AND psychosocial development AND adolescent* Atraso AND Desenvolvimento psicossocial AND adolescente*
06	Delay AND Adolescent* AND maturational development OR sexual maturation Atraso AND Adolescente* AND desenvolvimento maturacional OR maturação sexual*
07	Pubertal delay AND Adolescent* “Atraso puberal” AND Adolescente*

Legenda: *Descritores indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS).

Para os descritores indexados DeCS/MeSH, foi consolidado seu controle como critério de busca para melhor representar esses termos nos estudos disponíveis.

A busca eletrônica foi realizada no período de fevereiro a abril de 2016. Cada base de dados foi acessada ao mesmo tempo pela autora e por mais dois colaboradores, enfermeiras, membros do grupo de pesquisa Práticas Assistenciais Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem (PAESE) que já desenvolveram estudos de revisão integrativa, para minimizando os vieses de seleção dos estudos encontrados. Em relação à temporalidade dos artigos selecionados, não foi estabelecido um limite anterior de tempo com o objetivo de encontrar o maior número.

Ressalta-se ainda que antes de iniciar a etapa de coleta de dados da revisão integrativa, os pesquisadores reuniram-se previamente e planejaram as estratégias para a execução da mesma. Foram ainda revisados os objetivos da pesquisa, protocolo da revisão integrativa (APÊNDICE A) e instrumento de extração de dados (APÊNDICE B) no intuito de instrumentalizar os pesquisadores envolvidos nesta investigação.

O quantitativo de estudos encontrados nas bases de dados e no periódico está representado na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantitativo total de referências encontradas em cada cruzamento nas bases de dados e periódicos selecionados na revisão integrativa. Natal/RN, 2016.

Cruz¹	CINAHL	SCOPUS	PUBMED	LILACS	WofS²	SD³	JHGD⁴	Total
01	0	16	0	0	315	69	05	405
02	1.080	3.891	630	0	1.529	173	02	7.305
03	1.661	16	0	0	235	47	01	1.960
04	875	06	0	0	163	33	05	1.082
05	574	15	0	0	84	20	01	694
06	02	0	0	0	8.248	06	0	8.256
07	69	352	130	0	56	93	0	700
Total	4.261	4.296	760	0	10.630	441	14	20.402

Legenda: ¹Cruzamento; ² *Web of Science*; ³*Science Direct*; ⁴*Journal of Human Growth and Development*.

Para seleção da amostra final, as referências foram submetidas a três etapas de avaliação, a saber: leitura de título e resumo; consenso com o grupo de pesquisadores e leitura na íntegra das referências selecionadas.

Na primeira etapa, os 20.402 artigos encontrados nas respectivas bases e no periódico tiveram seus títulos e resumos lidos, sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão presentes no protocolo (APÊNDICE A).

Na segunda etapa, os pesquisadores, após término de cada base de dados e do periódico para cada cruzamento, realizaram um consenso: caso a referência fosse selecionada por pelo menos dois pesquisadores, este passaria para a terceira etapa. A referência selecionada por apenas um pesquisador foi submetida a uma nova leitura do seu título e resumo, sendo apresentada pelo pesquisador que selecionou os argumentos para sua inclusão. Caso ainda tivesse dúvida sobre sua inclusão, os pesquisadores realizavam uma leitura rápida de sua versão na íntegra e assim julgavam a pertinência ou não de sua adequação.

Os dados alusivos à primeira e segunda etapa estão descritos nos Quadros 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Quadro 4 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do primeiro cruzamento Atraso AND crescimento e desenvolvimento AND adolescente. Natal/RN 2016.

Cruz 1	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Delay AND Growth and Development AND Adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	SCOPUS	21/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	PUBMED	22/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	24	19
			02	12	08
			03	14	14
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	02	02
			02	0	0
			03	05	02
	JHGD	18/04/2016	01	01	01
			02	0	0
			03	01	01

Fonte: Própria pesquisa.

No cruzamento um - Atraso AND crescimento e desenvolvimento AND adolescente – foi obtido, na primeira etapa, um total de 65 estudos. Esses passaram por consenso entre a pesquisadora e os colaboradores totalizando 47 artigos após consenso.

Quadro 5 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do segundo cruzamento Deficiências do Desenvolvimento AND adolescente. Natal/RN, 2016.

Cruz 2	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Developmental Disabilities AND Adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	40	18
			02	24	17
			03	25	18
	SCOPUS	21/04/2016	01	84	47
			02	19	09
			03	44	14
	PUBMED	22/04/2016	01	10	03
			02	09	03
			03	03	03

Continua

					Continuação
<i>Developmental Disabilities AND Adolescent</i>	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	15	10
			02	15	06
			03	16	09
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	04	02
			02	04	02
			03	03	02
	JHGD	18/04/2016	01	02	01
			02	0	0
			03	0	0

Fonte: Própria pesquisa. Conclusão

No cruzamento dois - Deficiências do Desenvolvimento AND adolescente, as três pesquisadoras selecionaram, na primeira etapa, um total de 317 estudos entre eles julgou-se 164 adequados para a próxima etapa, sendo que 53 deles estavam em duplicada entre as bases e revista totalizando uma amostra final de 111 estudos para esse cruzamento.

Quadro 6 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do terceiro cruzamento Atraso AND Desenvolvimento cognitivo AND adolescente. Natal/RN, 2016.

Cruz 3	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Delay AND cognitive development AND adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	09	03
			02	08	02
			03	14	03
	SCOPUS	21/04/2016	01	02	02
			02	0	0
			03	0	0
	PUBMED	22/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	23	13
			02	03	01
			03	07	05
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	02	02
			02	0	0
			03	02	0
JHGD	18/04/2016	01	0	0	
		02	0	0	
		03	0	0	

Fonte: Própria pesquisa.

Referente ao cruzamento três - Atraso AND Desenvolvimento cognitivo AND adolescente, as pesquisadoras selecionaram 70 estudos na primeira etapa, e após consenso chegou-se a 31 estudos para serem analisados na etapa seguinte.

Quadro 7 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do quarto cruzamento Atraso AND Desenvolvimento físico AND adolescente. Natal/RN, 2016.

Cruz 4	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Delay AND physical development AND adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	13	09
			02	03	02
			03	07	04
	SCOPUS	21/04/2016	01	01	01
			02	0	0
			03	01	01
	PUBMED	22/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	14	08
			02	05	04
			03	07	03
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	04	02
			02	01	01
			03	03	01
JHGD	18/04/2016	01	01	01	
		02	01	01	
		03	01	01	

Fonte: Própria pesquisa.

No cruzamento quatro - Atraso AND Desenvolvimento físico AND adolescente – a amostra na primeira etapa resultou em 89 artigos e após consenso restaram 39 estudos.

Quadro 8 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do quinto cruzamento Atraso AND Desenvolvimento psicossocial AND adolescente. Natal/RN, 2016.

Cruz 5	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Delay AND psychosocial development AND adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	05	02
			02	06	02
			03	05	02
	SCOPUS	21/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	PUBMED	22/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	10	05
			02	03	02
			03	06	05
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	02	01
			02	01	01

Continua

Continuação

	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	03	02	01
	JHGD	18/04/2016	01	01	01
			02	01	01
			03	01	01

Fonte: Própria pesquisa.

Conclusão

No cruzamento cinco - Atraso AND Desenvolvimento psicossocial AND adolescente – a primeira etapa possibilitou a seleção de 43 artigos. Ao consenso as pesquisadoras selecionaram 24 estudos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 9 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do sexto cruzamento Atraso AND Adolescente AND desenvolvimento maturacional OR maturação sexual. Natal/RN, 2016.

Cruz 6	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Delay AND Adolescent AND maturational development OR sexual maturation</i>	CINAHL	15/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	SCOPUS	21/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	PUBMED	22/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	03	02
			02	07	02
			03	05	03
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	01	0
			02	01	0
			03	01	0
JHGD	18/04/2016	01	0	0	
		02	0	0	
		03	0	0	

Fonte: Própria pesquisa.

O cruzamento seis - Atraso AND Adolescente AND desenvolvimento maturacional OR maturação sexual – possibilitou a seleção de 18 estudos que após consenso identificou-se que 7 atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 10 – Quantitativo das referências selecionadas pelos três pesquisadores na primeira e segunda etapa após o consenso do sétimo cruzamento “Atraso puberal” AND Adolescente. Natal/RN, 2016.

Cruz 7	Base de dados	Data	Pesquisador	Selecionado	
				Primeira etapa	Consenso
<i>Pubertal delay AND Adolescent</i>	CINAHL	15/04/2016	01	02	01
			02	0	0
			03	02	02
	SCOPUS	21/04/2016	01	05	03
			02	16	12
			03	05	03
	PUBMED	22/04/2016	01	10	04
			02	08	04
			03	02	02
	<i>Web of Science</i>	01/05/2016	01	07	06
			02	02	02
			03	16	11
	<i>Science Direct</i>	24/04/2016	01	01	01
			02	01	01
			03	04	04
	JHGD	18/04/2016	01	0	0
			02	0	0
			03	0	0

Fonte: Própria pesquisa.

O cruzamento sete – “Atraso puberal” AND Adolescente – totalizou 81 estudos selecionados pelas três pesquisadoras para consenso. Após essa etapa, julgou-se que 56 estavam adequados a pesquisa.

Como apresentado nos quadros 4 ao 10, chegou-se a um quantitativo de 331 referências, sendo 133 duplicadas, o que resultou em uma amostra parcial de 198 referências para serem analisadas através da leitura completa do estudo. Ainda nessa etapa, a autora e as colaboradoras fizeram uma reavaliação desses 198 estudos relendo título e resumo, caso ainda permanecesse dúvidas quanto à adequação dos critérios de inclusão e exclusão foi feita a leitura na íntegra do estudo. Isso permitiu a exclusão de 147 referências que não atendiam aos critérios de inclusão da presente pesquisa. Finalmente chegou-se a uma amostra final de 51 artigos, que seguiu para a terceira etapa.

Dessa amostra final adveio a identificação dos seguintes dados: código do artigo; referência; local de publicação; idioma; ano de publicação; temática do estudo (domínio); cenário do estudo; nível de evidência; faixa etária dos envolvidos; objetivo proposto; método; atributos, antecedentes, consequentes e as definições

operacionais e conceituais para o conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes (APÊNDICE B).

Esses dados possibilitaram a construção de um material com os dados relacionados aos antecedentes e consequentes identificados do conceito em estudo, com suas definições conceituais e referências empíricas, bem como a definição do seu rótulo conceitual a partir dos atributos encontrados na literatura.

5 RESULTADOS

A partir da revisão integrativa foram identificados 51 estudos que subsidiaram a análise do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Os resultados estão apresentados em tabelas com a caracterização dos estudos, definição do conceito, identificação dos atributos, dos antecedentes (fatores relacionados) e consequentes (características definidoras) para os três domínios pesquisados: biossocial, cognitivo e psicossocial.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A Tabela 2 apresenta o consolidado dos estudos incluídos na revisão.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos conforme país e ano de publicação, idioma, local do estudo, nível de evidência e temática do estudo. Natal/RN, 2016.

Variáveis	Frequência (n=51)	%
Ano de publicação		
2011 – 2015	25	49
2006 – 2010	16	31
2001 – 2005	06	12
1996 – 2000	02	04
1991 – 1995	01	02
1985 – 1990	01	02
Idioma		
Inglês	51	100
Espanhol	0	0
Português	0	0
Local do estudo		
Europa	21	41
América	20	39
Africa	04	08
Ásia	04	08
Oceania	01	02
Multicêntrico	01	02
Tipo de abordagem		
Quantitativa	36	71
Qualitativa	15	29
Temática do estudo		
Cognitivo/psicossocial	13	25
Cognitivo	12	24
Biossocial	11	22
Cognitivo/Psicossocial/Biossocial	7	14
Biossocial/Psicossocial	4	08
Psicossocial	4	08

Fonte: Própria pesquisa.

Na revisão integrativa, sucedida no presente estudo, pode-se perceber que a temática vem sendo trabalhada desde a década de 90. Porém o fenômeno, desenvolvimento do adolescente, teve uma maior concentração de estudos publicados em periódicos a partir de 2006, representado 80% da amostra, todos disponíveis na língua inglesa. A Europa e América foram os continentes que mais trabalharam a temática sendo os Estados Unidos das Américas (EUA) o país que mais desenvolveu trabalhos nessa área. Destaca-se ainda que o Brasil não apresentou estudos relevantes nessa temática, o que direciona a importância de pesquisas nessa área no país.

Referente ao nível de evidência, percebeu-se predominância dos níveis VI (53%) e IV (45%), que correspondem a evidências resultantes de estudos de descritivos ou qualitativos e coorte ou casos-controle bem delineados, respectivamente. Apenas um estudo foi oriundo de ensaios clínicos bem delineados, o qual corresponde ao nível de evidência III (MELNYK et al. 2010).

Em concordância com o apresentado na Tabela 2, os domínios cognitivo, bio-social (desenvolvimento puberal) e psicossocial apresentaram uma frequência de 24%, 22% e 8%, respectivamente. Alguns estudos abordavam mais de um domínio, como foi o caso de 47% da amostra que trabalharam na concepção cognitivo e psicossocial (25%); cognitivo, psicossocial e bio-social (14%); e bio-social e psicossocial (8%).

5.2 ANÁLISE DO CONCEITO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM ADOLESCENTES

A seguir serão apresentados os possíveis usos do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes, seus atributos, antecedentes e consequentes, bem como as respectivas definições operacionais e referências empíricas. E por fim, são apresentados o caso modelo e o contrário, exemplificando o possível uso do conceito em estudo.

5.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito

Diante da revisão integrativa da literatura, foi possível identificar diferentes formas para a utilização do termo “atraso no desenvolvimento do adolescente”. Dos artigos analisados, 28 estudos relacionaram o atraso no desenvolvimento ao prejuízo no desenvolvimento físico (envolvendo o crescimento) e imaturidade sexual do adolescente; 22 estudos relacionaram as dificuldades de socialização e déficit de comportamento; e 14 estudos como comunicação verbal prejudicada, atividades de vida prejudicada, baixo desempenho escolar, transtorno no déficit de atenção, déficit de atenção e hiperatividade, memória prejudicada, inibição, falta de planejamento e organização para desempenhar atividades e dificuldades na fluência verbal.

5.2.2 Atributos essenciais ou definidores do conceito

Inicialmente foram identificados os termos mais frequentes associados ao conceito. Logo após, esses termos foram reunidos e agrupados, o que permitiu uma visão mais ampla dos mesmos para a identificação e apresentação do referido conceito (APÊNDICE C). A seguir, na Tabela 3, serão apresentados os atributos essenciais do conceito.

Tabela 3 – Apresentação dos atributos do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes baseado no referencial de Berger (2003). Natal/RN, 2016.

Domínio	Atributo	n
Cognitivo	Déficit cognitivo ou menor competência cognitiva	30
Psicossocial	Déficit comportamentais	20
Biossocial	Atraso puberal	14

5.2.3 Identificação da definição do atraso no desenvolvimento em adolescentes

A definição proposta para o conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes é: “Desenvolvimento, para menos do que o esperado, em indivíduos entre 10 e 19 anos, ocasionado por alterações, em um mais, dos domínios biossocial, psicossocial e cognitivo”. Esse conceito foi baseado nas referências presente no apêndice C.

5.2.4 Identificação de um caso modelo

Nesta etapa da análise de conceito, propõe-se a apresentação de um caso clínico fictício para possibilitar a visualização da utilização apropriada do conceito estudado, explorando, dessa forma, sua melhor compreensão. Esse caso envolve a ocorrência do conceito e seus elementos em uma situação clínica em que o profissional de enfermagem possa se deparar ao assistir um adolescente com Atraso no desenvolvimento.

CASO MODELO: A. M. R. C., 16 anos, sexo feminino, solteira. Residente da periferia do estado do Rio Grande do Norte. Compareceu à Unidade Básica de Saúde acompanhada pela mãe para consulta. Mãe relata que sua filha nasceu de parto cesáreo com 30 semanas de gestação e nunca foi uma criança muito saudável. Tem bronquite crônica e diabetes. Toma insulina regular três vezes ao dia. A adolescente refere vertigens recorrentes há mais ou menos 3 meses que impedem que a mesma frequente a escola. Relatou ainda que está com dificuldades de aprendizado na escola por não conseguir acompanhar a turma devido às faltas e também por não gostar da escola porque sente que é diferente. Afirma não ter relações sociais com muitas pessoas e não gostar de sair porque tem vergonha do seu corpo. Nega uso de álcool e cigarro. Ao exame físico, apresenta-se normotensa, normocárdica, eupneica, normotérmina. Estágio M2 de Tanner para mama e P2 para os pelos pubianos. Desenvolvimento físico menor do que o esperado para a idade e nega menarca.

5.2.5 Identificação de um caso contrário

Nesta etapa foi construído um caso, também fictício, que corresponde a não ocorrência do conceito, no qual é possível a compreensão do que não caracteriza o conceito.

CASO CONTRÁRIO: M. D. F., 10 anos, sexo feminino, solteira, residente do bairro de classe média no estado do Rio Grande do Norte compareceu à Unidade Básica de Saúde acompanhada pela mãe para consulta de rotina. Adolescente nega tabagismo

e consumo de bebidas alcoólicas. Os pais são casados e vivem na mesma casa, negam hábitos de consumo de bebidas e uso de cigarros. Mãe relata que sua filha nasceu de parto normal e sem intercorrências, com 40 semanas de gestação, e sempre foi uma criança saudável. Adolescente relatou ter uma vida normal, gosta de frequentar a escola, tem boas notas e facilidade para fazer amigos. Afirma ainda ter uma grande amiga desde que estudavam no jardim de infância e gosta de ir ao shopping com ela e a turma da escola, além de brincarem na quadra do bairro. Ao exame físico: normotensa, normocárdica, eupneica, normotérmica. Pele íntegra. Estatura e IMC compatível com a idade, abdome plano, sem desconforto à palpação. Estágio M2 de Tanner para mama e P3 para os pelos pubianos. Nega menarca.

5.2.6 Determinação dos antecedentes do conceito

Os antecedentes correspondem aos termos identificados que precedem a ocorrência do conceito, ou seja, são aqueles eventos que levam o indivíduo ao Atraso no desenvolvimento.

Os possíveis termos que representariam os antecedentes para o conceito estudado foram inicialmente extraídos das referências selecionadas na revisão integrativa e, posteriormente, foram analisadas e agrupadas em categorias (APÊNDICE D), que correspondem aos antecedentes do conceito. Na Tabela 4 estão os 16 antecedentes identificados e suas frequências nas referências.

Tabela 4 – Apresentação dos antecedentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016.

(Continua)	
Antecedente	n
Ambiente familiar desfavorável	18
Condições obstétricas maternas ao neonatais	17
Doença crônica	17
Desnutrição	15
Marginalização social	15
Distúrbios genéticos	07
Abuso de substâncias psicotrópicas	04
Efeito indesejável de terapias	03
Exposição a substâncias tóxicas	03
Obesidade	03
Privação emocional	03

(Continuação)

	(Continuação)
Infecções	02
Lesão cerebral	02
Trauma físico	01
Dor crônica	01
Não aceitação às transformações corporais da puberdade	01
	(Conclusão)

5.2.7 Determinação dos consequentes do conceito

Os consequentes identificados também foram categorizados (APÊNDICE E) e distribuídos de acordo com os domínios do desenvolvimento, conforme representado na Tabela 5. Nos domínios biossocial, cognitivo e psicossocial foram identificados três, cinco e oito consequentes, respectivamente.

Tabela 5 – Apresentação dos consequentes do conceito. Natal/RN, 2016.

Consequentes	n
Domínio Biossocial	
Maturação sexual alterada	10
Baixa autoestima	06
Insatisfação a própria imagem	04
Domínio Cognitivo	
Baixo desempenho escolar	25
Comunicação verbal prejudicada	08
Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH)	08
Atividade de vida diária prejudicada	05
Déficit de função executiva	05
Domínio Psicossocial	
Comportamento de internalização	20
Comportamento de externalização	14
Dificuldades de expressar emoções	06
Transtornos alimentares	04
Insegurança emocional	03
Estilo de enfrentamento passivo ou dependente	02

5.3 IDENTIFICAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE

Após análise dos atributos, representados na Tabela 3, a definição para o diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes é:

Desenvolvimento abaixo do esperado para indivíduos entre 10 e 19 anos, ocasionado por déficit na cognição, e/ou comportamento e/ou físico.

5.4 FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE

Os fatores relacionados ou antecedentes do conceito refletem os elementos identificados que precedem a ocorrência do diagnóstico, ou seja, vêm antes do conceito.

Quadro 11 - Apresentação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016.

Antecedentes/Fatores relacionados
Ambiente familiar desfavorável
<p>Definição conceitual: analfabetismo funcional dos pais, divórcio ameaçado ou concluído, pai não presente na vida do adolescente, baixo nível socioeconômico, doença na família, relações tensas, abuso (físico, emocional, sexual e negligência do cuidador), problemas com os membros familiares e dificuldade ou falta de diálogo entre os membros.</p> <p>Referência empírica: em entrevista, investigar o nível de alfabetização dos pais, estado civil, renda familiar, histórico familiar (doenças, principalmente quanto a síndromes), relacionamento com os pais, se já sofreu ou sofre algum abuso dos membros da família e como é a relação com seus parentes. Ressalta-se também a identificação de ocorrência de pelo menos um episódio de notificação à autoridade de proteção à criança para confirmar algum tipo de abuso.</p> <p>Referência: FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. Eur Child Adolesc Psychiatry. 21(4): 221–231, 2012. MILLS, R. et al. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. Pediatrics. v. 127, n. 1, p. 4-10, 2011. WOJTOWICZ, A. A.; BANEZ, G. A. Adolescents with chronic pain and associated functional disability: A descriptive analysis. Journal of Child Health Care. v. 19, n. 4, p.478–484, 2015.</p>
Condições obstétricas maternas ou neonatais
<p>Definição conceitual: interrupções e distúrbios da gravidez, no trabalho de parto, no nascimento e no período neonatal inicial. Exemplos dessas complicações são exposição pré-natal a drogas, nutrição materna deficiente, anomalias físicas secundárias (ou AFS: indicadores de malformação neural no feto, que ocorrem por volta do final do primeiro trimestre) e complicações no parto.</p> <p>Referência empírica: para exposição ao cigarro: exposição, durante o primeiro trimestre da gravidez, a partir de um limiar de 10 ou mais cigarros/dia. Para exposição ao álcool: consumo excessivo de álcool como tendo 5 ou mais copos de álcool consumido em um episódio.</p>

Drogas ilícitas: perguntar à mãe do adolescente se ela consumiu algum tipo de substância ilícita perinatal; se teve alterações nutricionais ou complicações no parto.
Período neonatal: indagar sobre prematuridade e/ou baixo peso ao nascer.

Referência:

CORNELIUS, M. D. et al. Long-term Effects of Prenatal Cigarette Smoke Exposure on Behavior Dysregulation Among 14-Year-Old Offspring of Teenage Mothers. **Maternal and Child Health Journal**. v. 16, p. 694–705, 2012.

ISHIKAWA, S.; RAINE, A. Complicações obstétricas e agressão. **Agressividade – Agressão**. p. 1-5, 2003.

MILLS, R. et al. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. **Pediatrics**. v. 127, n. 1, p. 4-10, 2011.

YAMAGUCHI, E. T. et al., Drogas de abuso e gravidez. **Revista Psiquiátrica Clínica**. v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

Doença crônica

Definição conceitual: doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Referência empírica: na anamnese, questionar se o adolescente tem alguma doença crônica, como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas, entre outras. Analisar os últimos exames laboratoriais, cardiológicos, endócrinos, teste glicêmico ou de imagens.

Aferir pressão arterial, colocando-o sentado, com ambos os pés encostando no chão e com as costas retas, apoiadas no encosto da cadeira; braços esticados, apoiados em uma mesa, mais ou menos na mesma altura do coração. Colocar a braçadeira ao redor do braço do paciente (de preferência o esquerdo), ficando a mesma cerca de 2 cm acima da fossa cubital (dobra do braço), com o esfigmomanômetro comum afira a pressão arterial do adolescente.

Referência:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Chronic diseases and their common risk factors**. WHO. Disponível em www.who.int. Acesso em 20 jun 2016.

PORTO, C. C. **Exame Clínico:** bases para a prática médica. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Desnutrição

Definição conceitual: condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais.

Referência empírica: observação de características como peso, altura e idade até uma completa avaliação do estado nutricional do paciente, incluindo, além da análise clínica, dados sobre alimentação, avaliação bioquímica e imunológica, avaliação metabólica e diagnóstico nutricional.

Referência:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization Technical Report Series. v. 894, i-xii, p. 1-253, 200.

Marginalização social

Definição conceitual: incompetências nas habilidades individuais ou características necessárias para se comportar de forma competente em ambientes sociais. Refere-se a comprometimento dos comportamentos reais em interações sociais e ajustamento social

que abrange a qualidade das relações do adolescente com os outros, as quais podem resultar de exclusão social e solidão.

Referência empírica: através da anamnese, investigar sobre comportamento na escola, amigos e familiares.

Referência:

BRASIL, ABEn. **Adolescer:** compreender, atuar, acolher: Projeto acolher. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.

FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. v. 21, n. 4, p. 221–231, 2012.

MACKNER, L. M.; VANNATTA, K.; CRANDALL, W. V. Gender Differences in the Social Functioning of Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. **Jornal Clinical Psychol Med Settings**. v. 19, p. 270–276, 2012.

Distúrbios genéticos

Definição conceitual: são desordens genéticas causadas por: alteração de um único gene, na qual há um erro crítico na informação transportada; alterações cromossômicas, envolvendo sua falta ou excesso; além dos distúrbios herdados, ora de um dos pais, ora herdado de ambos. A maior parte das alterações que leva ao desenvolvimento dessas desordens já se encontra presente ao nascimento; entretanto, pode não se apresentar clinicamente até a idade adulta ou até mesmo nunca se manifestar.

Referência empírica: os distúrbios genéticos podem ser diagnosticados intraútero, logo após o nascimento, ou ao longo da infância/adolescência. Para a identificação de distúrbios genéticos ainda no período fetal ou na infância o enfermeiro deve, através de uma anamnese detalhada, questionar a mãe do adolescente sobre o desenvolvimento pré-natal ressaltando a ocorrência de anormalidades aparentes durante a ultrassonografia, por exemplo; e, após o nascimento, com a análise do teste do pezinho. Somado a isso, o exame físico detalhado do adolescente deverá ser realizado. Para tanto, o enfermeiro deve avaliar o comportamento do adolescente, aparência geral, deambulação, movimentos de expressão ao falar, higiene, modo de falar, inspecionar os seguimentos cabeça e pescoço, avaliando a presença de deformidades congênitas, posição, tamanho e formato da cabeça, formato e contorno do crânio. Observar as características faciais do adolescente: formato e simetria das pálpebras, sobrancelhas, dobras nasolabiais e boca; caso sejam identificadas deformidades, observar assimetria.

Referências

FLÓRIA-SANTOS, M. et al. Desordens genéticas: o papel do enfermeiro. **Proenf saúde do adulto**. v. 6, n. 3, p. 71 -110, 2011.

NUSSBAUM, R. L. **Thompson & Thompson – Genética Médica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Abuso de substâncias psicotrópicas

Definição conceitual: consumo excessivo de álcool, anfetaminas, maconha, alucinógenos, cocaína, nicotina, opiáceos, entre outras. O uso ou experimentação de psicoativos ocorre na frequência de até cinco vezes na vida e, portanto, não apresenta consequências. O uso frequente é considerado quando acontece mais de seis vezes no mês. O abuso pode acontecer em pessoas que recém iniciaram o seu uso com repercussões em longo prazo e pode evoluir para a dependência.

Referência empírica: para exposição ao cigarro: exposição, durante o primeiro trimestre da gravidez a partir de um limiar de 10 ou mais cigarros/dia.

Para exposição ao álcool: consumo excessivo de álcool como tendo 5 ou mais copos de álcool consumido em um episódio.

Drogas ilícitas: questionar a utilização de substância ilícita pelo adolescente.

Dinâmica de prevenção ao uso indevido de drogas: possibilita a visualização da frequência de uso de substâncias psicotrópicas, por exemplo.

Para identificar se o adolescente está com dependência, deve-se avaliar as repercussões do consumo na qualidade de vida dos adolescentes. Há sete itens que são utilizados como critério de avaliação, a presença de três ou mais destes, em um período de doze meses, caracteriza sua dependência. São eles:

- Compulsão pelo uso;
- Consciência da compulsão;
- Consumo além do pretendido;
- Tentativa de sucesso para reduzir a quantidade de consumo;
- Diminuição do tempo dedicado ao lazer, trabalho ou escola para obter ou consumir psicoativos;
- Consumo para aliviar a abstinência;
- Necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito.

Referência:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). 200. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/>. Acesso em 20 jun. 2016.

BRASIL, ABEn. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.

FRIEDMAN, D. et al. Trajectories of autonomy development across the adolescent transition in children with spina bifida. **Rehabilitation Psychology**, v. 54, n. 1, p. 16-27, 2009.

WOJTOWICZ, A. A.; BANEZ, G. A. Adolescents with chronic pain and associated functional disability: A descriptive analysis. **Journal of Child Health Care**. v. 19, n. 4, p.478–484, 2015.

Efeitos adversos de medicamentos

Definição conceitual: efeito não desejado de um fármaco, como em terapias antirretroviral (HIV) e no uso de corticosteroides.

Referência empírica: identificar duração e dose da utilização de corticosteroides e do início da terapia antirretroviral.

Referência:

BADRI, D. E. et al. Sexual maturation in Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology International**. v. 34, p. 665–668, 2014.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista Medicina** (São Paulo). v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010.

POZO, J.; ARGENTE, J. Delayed puberty in chronic illness. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**. v. 16, n. 1, p. 73–90, 2002.

SZUBERT, A. J. et al. Pubertal development in HIV-infected African children on first-line antiretroviral therapy. **AIDS**. v. 29, n. 5, p. 609–618, 2015.

Exposição a substâncias tóxicas

Definição conceitual: exposição, ambiental ou alimentar, a metais pesados como Cádmio, Chumbo ou substância radioativa.

Referência empírica: Investigar condições sanitárias da região em que o adolescente esteja inserido. Bem como realizar análise de sumário de urina e bioquímica sanguínea.

Referência:

BADRI, D. E. et al. Sexual maturation in Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology International**. v. 34, p. 665–668, 2014.

INTERDONATO, M. et al. Cadmium delays puberty onset and testis growth in dolescents. **Clinical Endocrinology**. v. 83, p. 357–362, 2015.

NAICKER, N. et al. Lead exposure is associated with a delay in the onset of puberty in South African adolescent females: Findings from the Birth to Twenty cohort. **Science of the Total Environment**. v. 408, p. 4949–4954, 2010.

Obesidade

Definição conceitual: doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo.

Referência empírica: observar e mensurar, através de exame físico, peso, altura, idade e circunferência abdominal, possibilitando a estimativa do índice de massa corporal (IMC).

Referência:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. **World Health Organization Technical Report Series**. v. 894, i-xii, p. 1-253, 200.

Privação emocional

Definição conceitual: privação de relacionamento afetivo (transtorno do apego, remoção da casa da família, adoção, falta de afeto dos familiares) que possa induzir a sintomas depressivos e solidão.

Referência empírica: investigar relacionamento familiar e social.

Referência:

BADRI, D. E. et al. Sexual maturation in Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology International**. v. 34, p. 665–668, 2014.

MASI, G.; BROVEDANI, P. Adolescents with congenital heart disease: psychopathological implications. **Adolescence**. v. 34, n. 133 p. 185, 1999.

SHEVELL, M. Global Developmental Delay and Mental Retardation or Intellectual Disability: Conceptualization, Evaluation, and Etiology (Developmental Disabilities, Part I). **Pediatric Clinics of North America**. v. 55, n. 5, p. 1071–1084, 2008.

Infecções

Definição conceitual: permanência no organismo de um micro-organismo estranho (bactéria, fungo, parasita ou vírus) capaz de se multiplicar e provocar doenças ou alterações patológicas de maior ou menor gravidade.

Referência empírica: identificar, através do exame físico, sinais de infecção, como hipertermia, dor, hiperestesia. Realizar teste rápido para HIV/Sífilis; exame ginecológico; questionar sobre corrimentos, odores, prurido, ardência ou outro desconforto em região genital; bioquímica sanguínea (contagem de leucócitos).

Referência:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2009.

Lesão cerebral

Definição conceitual: lesões durante o desenvolvimento do tipo isquêmico, neoplásico (tumor, cisto, abscesso); traumático (não penetrante na cabeça); e infeccioso (encefalite, meningite).

Referência empírica: o enfermeiro, através do exame físico da cabeça, procurar por sinais de lesões intracranianas. Examine se o adolescente sofreu um trauma na cabeça recentemente. Caso positivo, avalie o estado da sua consciência, quanto tempo ficou inconsciente, se teve ou tem convulsões, acuidade visual prejudicada, apagão de memória. Questione sobre histórico de cefaleia atentando para a frequência, duração, começo, sintomas associados.

Referência:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SPENCER-SMITH et al., Megan Spencer-Smith et al. Does Timing of Brain Lesion Have an Impact on Children's Attention? **Developmental Neuropsychology**. v. 36, n. 3, p. 353–366, 2011.

Traumas físicos

Definição conceitual: conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos.

Referência empírica: o enfermeiro deve realizar inspeção e palpação investigando sinais de deformidades ósseas, abaulamentos, edemas, hematomas, escoriações, hemorragias, avaliando a presença de algum trauma físico. Podem ser solicitados ainda exames de imagem, como ultrassonografias, ressonância, tomografias, Raio-X.

Referência:

DADALT, G. T.; EIZERIK, D. P. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Rev. Bras. Farm.** v. 94, n. 2, p. 89-93, 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Dor crônica

Definição conceitual: dor relacionada a uma injúria recorrente ao organismo que já dura há pelo menos 3 meses.

Referência empírica: para aferição da intensidade dolorosa, são recomendadas escalas numéricas e descritores verbais. As escalas numéricas são graduadas de 0 a 10, em que 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável.

Referência:

DADALT, G. T.; EIZERIK, D. P. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Rev. Bras. Farm.** v. 94, n. 2, p. 89-93, 2013.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2009.

Não aceitação às transformações corporais da puberdade

Definição conceitual: o adolescente não está satisfeito com as mudanças puberais ou não consegue deixar o luto pelo corpo infantil.

Referência empírica: questionar como ele está se sentindo quanto às modificações puberais, se tem saudades da infância ou se é o que mudaria em sua aparência física.

Referência:

NOGUEIRA, K. T. **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2012.

5.5 CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO VOLTADO PARA O ADOLESCENTE.

Quadro 12 - Apresentação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento em adolescentes. Natal/RN, 2016.

Características definidoras/consequentes
Domínio Biossocial
Maturação sexual alterada
<p>Definição conceitual: Tanner não adequado à idade (ausência de qualquer desenvolvimento puberal em 2 desvios-padrão (DP) acima e abaixo da média utilizada para definir os limites da variabilidade normal, o que corresponde a uma idade de aproximadamente 14 anos para meninos e 13 anos para as meninas) e maturação sexual retardada.</p> <p>Referência empírica: inspeção visual utilizando os critérios e definições descritos por Tanner. As meninas no começo da puberdade estão nos estágios 2 Tanner ou superior para pelos pubianos e desenvolvimento das mamas. Puberdade completa quando elas apresentarem estágio 4 ou superior de Tanner para pelos pubianos e desenvolvimento das mamas. Os meninos no começo da puberdade apresentam estágio 2 ou superior de Tanner 2 para pelos pubianos e desenvolvimento genital e ter completado a puberdade, no Tanner estágio 4 ou superior para pelos pubianos e desenvolvimento genital.</p> <p>Referência: BADRI, D. E. et al. Sexual maturation in Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology International. v. 34, p. 665–668, 2014. CHULANI, V. L.; GORDON, L. P. Adolescent Growth and Development. Prim Care Clin Office Practice. v. 41, p. 465 – 487, 2014. INTERDONATO, M. et al. Cadmium delays puberty onset and testis growth in dolescents. Clinical Endocrinology. v. 83, p. 357–362, 2015. LINDFORS, K. et al. Brief Report: The Role of Ego Development in Psychosocial Adjustment Among Boys With Delayed Puberty. Journal of Research on Adolescence, 17(4), 601–612. 2007. NAICKER, N. et al. Lead exposure is associated with a delay in the onset of puberty in South African adolescent females: Findings from the Birth to Twenty cohort. Science of the Total Environment. v. 408, p. 4949–4954, 2010. POZOA, J; ARGENTE, J. Ascertainment and Treatment of Delayed Puberty. Horm Res. v. 60, n. 3, p. 35–48, 2003. ROHRER, T. et al. Delayed pubertal onset and development in German children and adolescents with type 1 diabetes: cross-sectional analysis of recent data from the DPV diabetes documentation and quality management system. European Journal of Endocrinology. v. 157, p. 647–653, 2007. SEDLMEYER, I. L.; PALMERT, M. R. Delayed Puberty: Analysis of a Large Case Series from an Academic Center. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. v. 87, n. 4, p. 1613–1620, 2002. SZUBERT, A. J. et al. Pubertal development in HIV-infected African children on first-line antiretroviral therapy. AIDS. v. 29, n. 5, p. 609–618, 2015.</p>
Baixa autoestima
<p>Definição conceitual: necessidades de estima relacionada com o ego, falta de amor próprio, desconfiança de si mesma, inferiorização e desvalorização pessoal.</p>

Referência empírica: Aplicar Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna.

Referência:

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**. v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.

Insatisfação com a própria imagem

Definição conceitual: Insatisfação com a auto-imagem que possa desencadear níveis patológicos e comprometer a saúde física e mental dos indivíduos. O indivíduo possui a sensação de que algum aspecto de seu corpo é feio, repugnante, ou não está adequado ainda que aqueles ao seu redor julguem que sua aparência não seja tão anormal.

Referência empírica: questionar ao adolescente como ele se vê, investigando até que ponto a insatisfação com sua aparência pode estar afetando seus relacionamentos e vida diária.

Referência:

GONÇALVES, S.; SILVA, D.; ANTUNES, H. Psychosocial correlates of overweight and obesity in infancy. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 2, p. 179-186, 2012.

MASI, G.; BROVEDANI, P. Adolescents with congenital heart disease: psychopathological implications. **Adolescence**. v. 34, n. 133 p. 185, 1999.

MOTHI, S. N. et al. Adolescents Living with HIV in India — The Clock is Ticking. **Indian Journal Pediatrics**. v. 79, n. 12, p. 1642–1647, 2012.

ROBINSON, S. Victimization of Obese Adolescents. **The Journal of School Nursing August**. v. 22 n. 4, p. 201-206, 2006.

Domínio Cognitivo

Baixo desempenho escolar

Definição conceitual: prejudicada aquisição de habilidades sobre leitura, escrita e raciocínios matemáticos. Investigar possível relação com falta de oportunidade de aprender, retardo mental, trauma ou doenças cerebrais.

Referência empírica: questionar sobre o desempenho (avaliações e notas) escolar. Indagar, na entrevista, como ele julga o seu desempenho escolar. Realizar teste de desempenho escolar. As crianças são submetidas a três tipos de avaliação: a) escrita (escrever seu próprio nome e palavras apresentadas isoladamente, sob a forma de ditado), b) aritmética (solução oral de problemas e solução por escrito de cálculos aritméticos) c) leitura (reconhecimento da palavra isolada a partir do contexto).

Referência:

EKEUS, C. et al. Preterm Birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year-Old Men. **Pediatrics**. v. 125, n. 1, 2010.

FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. **European Child Adolescent Psychiatry**. 21(4): 221–231, 2012.

GRUNAU, R. E.; WHITFIELD, M. F.; FAY, T. B. Psychosocial and Academic Characteristics of Extremely Low Birth Weight (≤ 800 g) Adolescents Who Are Free of Major Impairment Compared With Term-Born Control Subjects. **Pediatrics**. v. 114, n. 6, 2004.

SILVA, J. et al., Motor and learning disabilities in school children with low academic performance. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 1, p. 41-46, 2012.

Comunicação verbal prejudicada

Definição conceitual: dificuldades de comunicação receptiva, escuta, expressiva e escrita, relacionadas ou não a alguma deficiência física.

Referência empírica: medidas de teste lógico para mensurar a capacidade de compreensão das instruções verbalizadas, teste de escrita e oratória. Dinâmicas de educação: “Cadeia de transmissão”; “Escutando”.

Referência:

BRASIL, ABEn. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.

EKEUS, C. et al. Preterm Birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year-Old Men. *Pediatrics*. v. 125, n. 1, 2010.

FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. *European Child Adolescent Psychiatry*. 21(4): 221–231, 2012.

Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH)

Definição conceitual: transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de inquietude e impulsividade.

Referência empírica: O enfermeiro deve estar atento, na anamnese, se o adolescente frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; questionar se, com frequência, ele abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; se desperta a sensação de constante inquietação; manifesta dificuldade para brincar ou se envolver em atividades de lazer; fala em demasia, frequentemente; apresenta-se agitado constantemente; apresenta sintomas de impulsividade, como dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; dificuldade para aguardar sua vez; interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intrometendo-se em conversas ou brincadeiras de colegas).

Referência:

CHEN, M. et al. Association of ghrelin and leptin with reproductive hormones in constitutional delay of growth and puberty. *BMC Psychiatry*. v. 4, n. 13, 2013.

CORNELIUS, M. D. et al. Long-term Effects of Prenatal Cigarette Smoke Exposure on Behavior Dysregulation Among 14-Year-Old Offspring of Teenage Mothers. *Maternal and Child Health Journal*. v. 16, p. 694–705, 2012.

SILVA, E. J. C. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. *Adolescência & Saúde*. v. 2, n. 2, p. 25-29, 2005.

SEDLMEYER, I. L.; PALMERT, M. R. Delayed Puberty: Analysis of a Large Case Series from an Academic Center. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. v. 87, n. 4, p. 1613–1620, 2002.

Atividade de vida diária prejudicada

Definição conceitual: dificuldades do indivíduo em elaborar atividades de vida diárias como comer, vestir, executar tarefas domésticas, escolares e sociais.

Referência empírica: na anamnese, questionar como é o dia do adolescente, quais atividades ele realiza em casa, na escola e na rua. Se ele sente alguma dificuldade em atividades como comer, vestir, tomar banho, ir à escola, brincar, fazer esportes, usar o telefone e fazer os trabalhos escolares.

Referência:

FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. *European Child Adolescent Psychiatry*. v. 21, n.4, p. 221–231, 2012.

BRASIL, ABEn. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher*. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.

Déficit de função executiva

Definição conceitual: dificuldades no desenvolvimento do comportamento consciente e orientado, ou seja, o adolescente ter ciência das consequências de suas ações; dificuldades em traçar objetivos e metas; dificuldades nas habilidades de memória, planejamento, organização, fluência verbal e flexibilidade cognitiva.

Referência empírica: aplicações de teste de avaliação, como medidas de teste lógico para mensurar a capacidade de compreensão das instruções escritas e aplicá-las para resolver um problema; teste espacial onde a tarefa é determinar, tridimensionalmente, o objeto, sua configuração e possíveis dobras; teste verbal que irá mensurar o conhecimento de sinônimos; o assunto deve determinar qual das 4 alternativas é o sinônimo de uma determinada palavra (40 palavras são apresentadas como tais palavras-chave). Teste verbal para medir a "compreensão linguística e capacidade de usar a linguagem oral e escrita".

Referência:

EKEUS, C. et al. Preterm Birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year-Old Men. **Pediatrics**. v. 125, n. 1, 2010.

GREEN, C. R. et al. Executive function deficits in children with fetal alcohol spectrum disorders (FASD) measured using the Cambridge Neuropsychological Tests Automated Battery (CANTAB). **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 50, n. 6, p. 688–697, 2009.

LUU, T. M. et al. Executive and Memory Function in Adolescents Born Very Preterm. **Pediatrics**. v. 127, n. 3, 2011.

DOMÍNIO PSICOSSOCIAL

Comportamento de internalização

Definição conceitual: comportamentos e internalização referem-se aos sintomas de ansiedade, isolamento, depressão e ideação suicida.

Referência empírica: questionar o adolescente se ele sente vontade de ter outra vida, se prefere ficar sozinho, se não gosta de conversar ou estar com pessoas da mesma idade, pratica esportes, se tem lazer, se já pensou em se matar.

Referência:

BRASIL, ABEn. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.

AINA, O. F. et al. Sexual maturation and psychiatric morbidity among persons with sickle cell anaemia in a nigerian teaching hospital. **International Journal of Psychiatry em Medicine**. v. 40, n. 1, p. 31-43, 2010.

HSU, Y. A.; DORN, L. D.; SEREIKA, S. M. Comparison of puberty and psychosocial adjustment between Taiwanese adolescent females with and without diabetes. **Journal of clinical nursing**. v. 19, n. 19-20, p. 2704 -2712, 2010.

Comportamento de externalização

Definição conceitual: irritabilidade, desobediência e comportamentos exagerados agressivos que possam caracterizar uma situação de risco a vida e a saúde do adolescente.

Referência empírica: questionar sobre comportamento com familiares, professores e pares.

Referência:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). **200**. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/>. Acesso em 20 jun. 2016.

<p>Dificuldade de expressar emoções</p> <p>Definição conceitual: o adolescente não consegue verbalizar seus medos, anseios, dificuldades e sentimentos.</p> <p>Referência empírica: questionar a percepção do indivíduo sobre si mesmo, incluindo as atitudes, sentimentos, capacidades, habilidades, aceitação social e aparência física.</p> <p>Referência: NOGUEIRA, K. T. Adolescência. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2012.</p>
<p>Transtornos alimentares</p> <p>Definição conceitual: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.</p> <p>Referência empírica: questionar sobre padrão alimentar: quais refeições realiza e como são elas. Alimentos de preferência e o que sente em relação a comida. Se está satisfeito com a autoimagem, caso a resposta seja não perguntar o que ele faria para mudar.</p> <p>Referência: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4a ed. Washington DC); 1994.</p>
<p>Insegurança emocional</p> <p>Definição conceitual: estado emocional que surge na sequência de uma situação que é entendida como alarmante ou ameaçadora.</p> <p>Referência empírica: questionar o adolescente sobre medo, postura assertiva e expressar aquilo que sente. Em uma dinâmica de grupo, identificar se ele tenta passar por despercebido.</p> <p>Referência: GRAÑA, R. B.; PIVA, Â. A atualidade da psicanálise de adolescentes: formas do mal-estar na juventude contemporânea. 1ª Edição, Casa do Psicólogo. 2004, 332 páginas.</p>
<p>Enfrentamento passivo ou dependente</p> <p>Definição conceitual: processo interpessoal pelo qual o adolescente não desenvolve uma maior capacidade para o comportamento independente no contexto de ligações familiares e pessoais.</p> <p>Referência empírica: questionar sobre o grau de dependência do adolescente (quais atividades ele desenvolve sozinho).</p> <p>Referência: FRIEDMAN, D. et al. Trajectories of autonomy development across the adolescent transition in children with spina bifida. Rehabilitation Psychology, v. 54, n. 1, p. 16-27, 2009. BRASIL, ABEn. Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto acolher. Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001.</p>

Fonte: Própria pesquisa.

Ressalta-se ainda que cada fator relacionado (antecedente) e característica definidora (consequente) foram definidos conceitualmente e elaborada sua respectiva referência conceitual e empírica a partir das referências que compuseram a revisão, somados a outras literaturas como livros texto e literatura cinzenta (pesquisa, projetos,

documentos de trabalho, documentos do governo, e avaliações), e ao senso crítico e experiência da autora e sua orientadora.

5.6 PROPOSTA DOS COMPONENTES PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM ADOLESCENTES

Como mencionado, Herdman e Kamitsuro (2015) propõem que os diagnósticos da NANDA-I sejam construídos pelos eixos: (1) foco do diagnóstico; (2) sujeito do diagnóstico; (3) julgamento; (4) localização; (5) idade; (6) tempo e (7) situação do diagnóstico.

No presente estudo, o foco do DE proposto é o “desenvolvimento”, o sujeito e a idade correspondem ao adolescente entre 10-19 anos. O julgamento é “atraso” que segundo as autoras representa “período de tempo em que algo está atrasado, lendo ou adiado” (HERDMAN; KAMITSURO, 2015, p. 96). A localização do DE proposto encontra-se nas funções cognitivas, psicossociais e biossociais, as quais correspondem ao desenvolvimento do indivíduo. O tempo é situacional, ou seja, “é relativo a um conjunto de circunstâncias em que alguém encontra a si mesmo” (HERDMAN; KAMITSURO, 2015, p. 98). A situação do DE refere-se ao foco no problema, que é atraso no desenvolvimento.

Dessa forma, após análise do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes e sua respectiva definição, da localização quanto ao domínio e classe da NANDA-I, chegou-se à etapa final da análise de conceito e à proposição do DE Atraso no Desenvolvimento em adolescente representado no Quadro 13.

Quadro 13 - Proposta dos componentes para o diagnóstico de enfermagem Atraso no desenvolvimento voltado para adolescentes. Natal/RN.

Atraso no Desenvolvimento
Domínio 13. Crescimento/Desenvolvimento
Classe 2: Desenvolvimento
Definição: Desenvolvimento, para menos do que o esperado, em indivíduos entre 10 e 19 anos, ocasionado por alterações, em um mais, dos domínios biossocial, psicossocial e cognitivo.

Continua

Continuação

Características Definidoras
<p>Domínio Biossocial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa autoestima • Insatisfação com a própria imagem • Maturação sexual alterada <p>Domínio Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixo desempenho escolar • Atividade de vida diária prejudicada • Comunicação verbal prejudicada • Deficit de função executiva (Ex.: comportamento consciente e orientado para alcance de metas. Incluem habilidades, como memória, inibição, planejamento e organização, fluência verbal e flexibilidade cognitiva) • Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH) <p>Domínio Psicossocial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento de externalização (Ex.: déficit de atenção, irritabilidade, desobediência e comportamentos agressivos) • Comportamento de internalização (Ex.: ansiedade, isolamento, depressão e queixas somáticas, ideação suicida) • Dificuldades de expressar emoções • Enfrentamento passivo ou dependente • Insegurança emocional • Transtornos alimentares (Ex.: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica)
Fatores relacionados
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de substâncias psicotrópicas • Ambiente familiar desfavorável • Condições obstétricas maternas e neonatais (Ex.: exposição pré-natal a drogas, nutrição materna deficiente, anomalias físicas secundárias, prematuridade, baixo peso ao nascer) • Desnutrição • Distúrbios genéticos • Doença crônica (ex.: anemia crônica; artrite idiopática juvenil; diabetes mellitus; esclerose múltipla; espinha bífida; doença inflamatória intestinal) • Dor crônica • Efeitos adversos de medicamentos (Ex.: imunossuppressores, corticosteroides) • Exposição a substâncias tóxicas (Ex.: cádmio, chumbo) • Infecções (Vírus, fungos, bactérias) • Lesão cerebral (Ex.: tumor, cisto, abscesso, traumático, encefalite, meningite) • Marginalização social (Ex.: não interação e ajustamento social) • Não aceitação às transformações corporais da puberdade (Ex.: crescimento da mama, testículo, engrossamento da voz, menarca, pubarca) • Obesidade • Privação emocional • Trauma físico (Ex.: acidentes, abuso sexual, agressão)

Fonte: Própria pesquisa.

Conclusão

6 DISCUSSÃO

A formação do conhecimento científico de uma determinada área requer uma metodologia que busque as melhores evidências e que consiga capturar os objetivos a serem traçados. Para tal fim, a análise de conceito proposta por Walker e Avant (2011) instrumentaliza o desenvolvimento de novas formas de pensar e olhar para um fenômeno, antes não conhecido ou mesmo que não apresente clareza conceitual e/ou operacional. Os autores Frazão (2015), Monteiro (2013) e Souza (2014) afirmam que estudos dessa natureza subsidiam o crescimento científico da enfermagem proporcionando evidência científica para construção e aprimoramento das classificações de enfermagem no que tange aos diagnósticos, intervenções e resultados.

Para a construção dos diagnósticos de enfermagem, Guedes et al. (2013) argumenta a necessidade de que estes sejam baseados em evidências científicas, as quais possibilitaram a compreensão da essência do conceito e construção de uma proposta para sua estrutura, representando fielmente uma situação, seja ela problema de saúde, de promoção de saúde ou de risco à saúde. Fato esse que facilitará a inferência diagnóstica pelo enfermeiro.

Como mencionado neste trabalho, os diagnósticos de enfermagem do domínio 13: Crescimento/desenvolvimento são amplos e apresentam ambiguidades quanto à clientela envolvida. Nessa perspectiva, Souza (2014) propôs a revisão dos diagnósticos desse domínio sugerindo a separação dos fenômenos desenvolvimento e crescimento, o que corrobora com a proposta do presente estudo. A autora acrescenta ainda que o desenvolvimento é um fenômeno que ocorre por toda a vida, o que necessita de estudos específicos para cada etapa separadamente.

Segundo análise dos dados da revisão integrativa, no que concerne o nível de evidência, percebeu-se predominância dos estudos de descritivos ou qualitativos (53%) e coorte ou casos-controle bem delineados (45%). Na amostra, apenas um estudo foi oriundo de ensaios clínicos bem delineados. Assim, verificou-se uma tendência para estudos com menor força de evidência (IV e VI) na temática. Além disso, destaca-se que esta classificação prioriza estudos de randomização (testes de intervenções) com enfoque não apenas em conceitos (MELNYK et al. 2010). Diante

do exposto, é válido ressaltar que a enfermagem necessita de pesquisas que desenvolvam estudos com maior nível de evidência, fortalecendo a ciência da profissão.

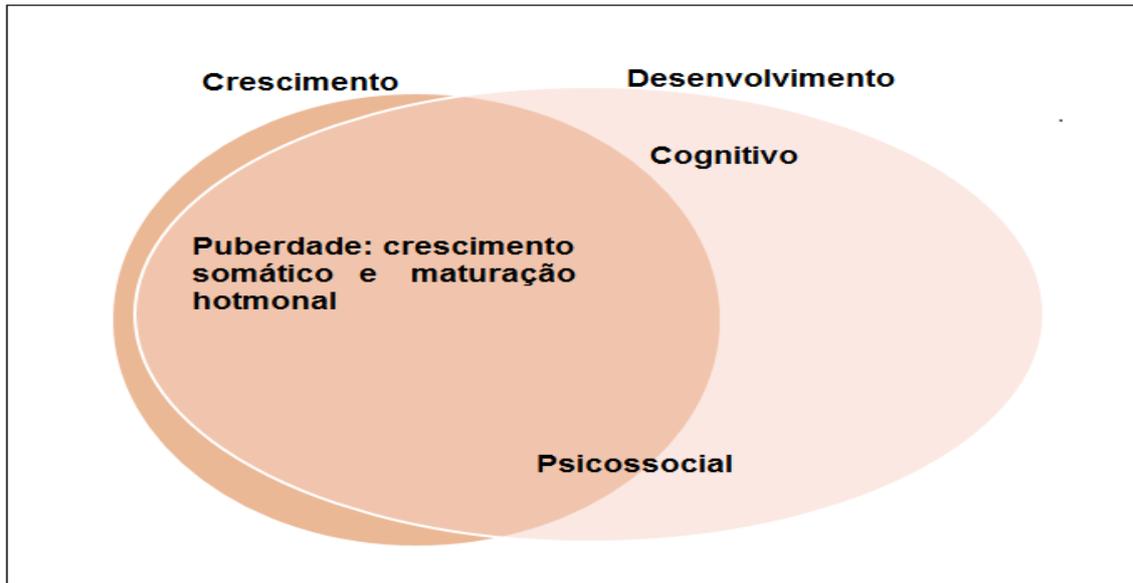
Em concordância com o apresentado na Tabela 2, os domínios cognitivo, bio-social (desenvolvimento puberal) e psicossocial apresentaram uma frequência de 24%, 22% e 8%, respectivamente. Alguns estudos abordavam mais de um domínio, como foi o caso de 47% da amostra que trabalharam na concepção cognitivo e psicossocial (25%); cognitivo, psicossocial e bio-social (14%); e bio-social e psicossocial (8%).

Na pauta do evento adolescência, entende-se que essa é uma fase complexa marcada pelo crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Muitos estudos trazem o desenvolvimento e o crescimento como eventos únicos, outros trazem ainda o crescimento como parte do desenvolvimento (BERGER, 2003; CHULANI, GORDON, 2014; POZOA; ARGENTE, 2003). Contudo, o crescimento e o desenvolvimento são etapas distintas, que necessitam ser analisadas independentemente, apesar de ocorrerem concomitante em um determinado momento do ciclo de vida, o que corrobora com as ideias propostas por Souza (2014).

Herdman e Kamitsuru (2015) acrescenta ainda que a necessidade da segmentação do fenômeno crescimento e do desenvolvimento por considerar esses complexos e de difícil compreensão quando trabalhados em um mesmo rótulo diagnóstico. Para as autoras é importante que o enfermeiro consiga se apropriar desses fenômenos para delinear intervenções que atentam as especificidades do período. Para isso, deve-se trazer conceitos claros e objetivos que os profissionais da assistência consigam manusear de forma precisa.

Na Figura 2, representamos a adolescência como o universo e o crescimento e desenvolvimento como partes desse universo.

Figura 2 – Representação do crescimento e desenvolvimento da adolescência. Natal/RN 2016.



Fonte: Própria pesquisa

A adolescência, como já mencionado, é um universo marcado por modificações que caracterizam sua fase. Essas envolvem tanto o crescimento quanto o desenvolvimento desse indivíduo que ao crescer, naturalmente ele irá se desenvolvendo. Contudo, para fins didático, a figura 2 foi elaborada, após revisão integrativa, com a finalidade de representar uma visão geral de como o desenvolvimento do adolescente pode ser analisado separadamente do crescimento.

O crescimento, representado pela esfera menor, é um processo dinâmico caracterizado, principalmente, pela estatura, aumento da massa corporal e amadurecimento do sistema reprodutor. Já o desenvolvimento, representado pela esfera maior, envolve não apenas a maturação sexual mais também questões cognitivas e psicossociais.

Como exposto, a puberdade, compreende uma interseção entre o desenvolvimento e o crescimento. Nessa perspectiva, a puberdade enquadra-se no crescimento somático e maturação hormonal para o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários adequando o corpo para a reprodução sexual, tendo aí o desenvolvimento da mama, testículo, crescimento do pênis, aparecimento dos pelos pubianos, alterações no tom da voz (tornando-se mais graves nos meninos e aguda nas meninas) e aparecimento de pelos faciais nos meninos (BERGER, 2003).

Os dados apresentados pela revisão integrativa refletem uma preocupação atual com a saúde do adolescente diante das especificidades do período que transpõe a questão meramente cronológica e se caracteriza, sobretudo, como um período de afirmação da personalidade, da inclusão e adaptação social, do desenvolvimento cognitivo. É um processo complexo, de transformações individuais, familiares, culturais, econômicas e sociais cujas características podem atribuir riscos e elevar a vulnerabilidade desse grupo social, revelando, assim, a importância de preparar os profissionais da saúde para assistir essa população (BRÊTAS et al., 2011; BESSERRA et al., 2011).

Como exposto, os adolescentes, vêm sendo associados à exposição de fatores determinantes de agravos à saúde, sejam eles individuais ou coletivos, tornando-os mais suscetíveis ao adoecimento (BESSERRA et al., 2011). Para possibilitar a assistência a essa clientela, os profissionais devem aprimorar o conhecimento a respeito dos condicionantes e agravantes que os envolvem, bem como compreender a capacidade de incorporação dessas práticas no seu cotidiano planejando uma assistência voltada para as necessidades do indivíduo (PAIVA et al., 2012).

As construções de diagnósticos de enfermagem direcionam essa assistência para que o enfermeiro consiga seguir esse propósito. Esse deve aprimorar a prática clínica, bem como subvencionar sua documentação. Como exposto, esse deve ser definido de forma que facilite sua inferência e identificação de seus componentes (características definidoras, fatores relacionados ou de risco) baseado em evidências científicas (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

As características definidoras (CD) do diagnóstico construído foram agrupadas nos domínios do desenvolvimento proposto por Berger (2003), a saber: **Domínio Biossocial:** baixa autoestima, insatisfação com a própria imagem, maturação sexual alterada; **Domínio Cognitivo:** baixo desempenho escolar; atividade de vida diária prejudicada; comunicação verbal prejudicada; déficit de função executiva, déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); **Domínio Psicossocial:** comportamento de externalização; comportamento de internalização, dificuldades de expressar emoções, enfrentamento passivo ou dependente, insegurança emocional e transtornos alimentares.

No domínio biossocial tem-se a baixa autoestima como sinal e sintoma do DE proposto, essa pode ser compreendida como a necessidades de estima relacionada

com o ego, falta de amor próprio, desconfiança de si mesma, inferiorização e desvalorização pessoal. Essa pode ser decorrente de outras manifestações como exclusão social, não aceitação, deficiência física, entre outras.

A insatisfação com a auto-imagem pode desencadear níveis patológicos no adolescente comprometendo a saúde física e mental dos mesmos. O indivíduo possui a sensação de que algum aspecto de seu corpo é feio, repugnante, ou não está adequado ainda que aqueles ao seu redor julguem que sua aparência não seja tão anormal (GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012; MOTHI et al., 2012; ROBINSON, 2006).

Ainda sobre esse domínio, a maturação sexual alterada representa, no adolescente, a inadequação do desenvolvimento esperado para a idade. A ausência de qualquer desenvolvimento puberal, acima ou abaixo da média utilizada para definir os limites da variabilidade normal (14 anos para meninos e 13 anos para as meninas) do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários pode caracterizar maturação sexual alterada (BADRI et al., 2014; CHULANI; GORDON, 2014; INTERDONATO et al., 2015).

Chulani e Gordon (2014) definem atraso no desenvolvimento puberal como a ausência de sinais do desenvolvimento aos 13 anos de idade nas meninas ou 14 nos meninos. Esses podem estar associados a doenças crônicas, disfunção hipotálamo-pituitária primária, insuficiência gonadal primária ou podem ser de etiologia desconhecida (BUCK-LOUIS et al., 2008; TRAGGIAI; STANHOPE, 2002).

Mudanças na adolescência ocorrem como o resultado de estimulação do eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal (HPG) e do eixo hipotalâmico-pituitário-supra-renal (HPA) que, após ser ativado na adolescência, estimula as gônadas desenvolverem características sexuais secundárias, tais como o desenvolvimento da mama em mulheres, e a aparência de pelos faciais e de voz mais grossa no sexo masculino (BUCK-LOUIS et al., 2008; LEWIS; SHAPLAND; WATTS, 2016;).

Essas mudanças biológicas marcam a fase puberal que o adolescente enfrenta no início da adolescência, representando o começo da capacidade reprodutiva. Entretanto, essa fase não é sinônimo de adolescência, mas uma parte dela marcada pelo desenvolvimento de características sexuais secundárias, crescimento acelerado,

mudanças de comportamento e eventual realização da capacidade reprodutiva (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Essa maturação pode ser avaliada quanto ao seu início e progressão através do estadiamento dos caracteres sexuais secundários propostos por Tanner (1987). A menarca também é um importante marcador usado para avaliar a puberdade nas meninas. Os marcadores bioquímicos para o início da puberdade e sua progressão incluem elevações nos níveis dos hormônios luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH), por exemplo, idade óssea (radiografia do punho esquerdo) e avaliação ultrassonográfica do volume dos ovários e do útero podem ser usadas. Nos meninos, mensura-se o volume testicular (maior que 4mL em médias aos 14 anos), avaliação dos estágios de Tanner para pelos pubianos e timbre da voz também são indicados. Nas meninas, em particular, são avaliados o desenvolvimento da mama e pelos pubianos, bem como a cronologia da menarca (BUCK LOUIS et al., 2008; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Diversos fatores podem afetar o tempo e o ritmo do desenvolvimento puberal, incluindo doenças genéticas, *status* social, nutrição, exposição a poluentes, exercício físico extremo, estresse psicológico, aumento ou redução da massa corporal, doença crônica, efeitos da desregulação endócrina do álcool e tabaco, e distúrbios hormonais.

Por outro lado, a puberdade precoce é o aparecimento de sinais de desenvolvimento da puberdade em uma idade precoce. Nos meninos, ampliação testicular antes dos 9 anos de idade é precoce. Desenvolvimento mamário antes dos 7 anos de idade em meninas brancas e 6 anos em meninas negras é considerado precoce, por exemplo. O início precoce da puberdade pode estar associado a uma série de doenças na idade adulta, incluindo cânceres hormônio-relacionados, síndromes metabólicas e doença cardiovascular (CHULANI; GORDON, 2014). Os adolescentes com maturação precoce são particularmente vulneráveis a dificuldades psicossociais e alterações cognitivas, sociais, emocionais e físicas decorrentes da inadequação da idade cronológica com a “idade física” (HSU; DORN; SEREIKA, 2010).

O desenvolvimento do domínio cognitivo do adolescente, representado pelas habilidades mentais do indivíduo como a consciência, pensamento, aprendizagem e

recordação, dá-se pela assimilação e acomodação do conhecimento adquirido no período entre 10 a 19 anos (BERGER, 2003; SILVA; VIANA; CARNEIRO, 2011).

Nesse aspecto o baixo desempenho escolar, entendido como aquisição de habilidades sobre leitura, escrita e raciocínios matemáticos prejudicados relacionados a falta de oportunidade de aprender, retardo mental, trauma ou doenças cerebrais (EKEUS et al., 2010; FAGERLUND et al., 2012; GRUNAU; WHITFIELD; FAY, 2004).

O número de indivíduos, dentro da faixa etária estudada, com dificuldades de aprendizagem é alto. Em estudo transversal realizado na cidade de São José/SC-BR, os estudantes foram submetidos a Teste de Desempenho Escolar (TDE) que indica, de forma abrangente, o que áreas de aprendizagem escolar são preservadas ou prejudicadas no assunto examinado. O que possibilitou concluir que esses alunos tinham alguma dificuldade significativa em leitura, escrita ou raciocínios matemáticos (SILVA et al. 2012). Essa dificuldade pode prejudicar o relacionamento social e a inclusão desse jovem ao mercado de trabalho cada vez mais exigente, bem como trazer outros sintomas associados como retardo nas habilidades motoras.

No que tange as alterações motoras, destaca-se para a atividade de vida diária prejudicada. Essa CD representa dificuldades do adolescente em elaborar atividades de vida diárias como comer, vestir, executar tarefas domésticas, escolares e sociais, além de poder interferir na prática de esportes e lazer (BRASIL, 2011; FAGERLUND et al., 2012; SILVA et al. 2012).

A comunicação verbal prejudicada representa dificuldades de comunicação receptiva, escuta expressiva e escrita, relacionadas ou não a alguma deficiência física (EKEUS et al, 2010; FAGERLUND et al., 2012). No mundo contemporâneo, a comunicação e a informação estão no centro das inovações tecnológicas, sobretudo para os jovens, que se encontram em situação vantajosa dada à habilidade em lidar com as tecnologias presentes em seu cotidiano.

Contudo, o habito de escuta não é tão adepto dos adolescentes, principalmente a comunicação familiar, por exemplo. Essa caracteriza-se por um acréscimo nos confrontos entre pais e filhos em função do adolescente está mais questionador com relação às regras, valores e crenças. Nesse processo, é comum os jovens manifestarem ataques de raiva, isolarem-se em quartos fechados, buscarem apoio

nos avós ou comecem a apresentar comportamentos sexuais desafiadores ou de risco como tentativa de expressar suas vontades (WAGNE et al., 2002).

A CD déficit de função executiva representa dificuldades em desenvolver comportamento consciente e orientado para alcance de metas através de habilidades como memória, inibição, planejamento e organização, fluência verbal e flexibilidade cognitiva (EKEUS et al., 2010; GREEN et al., 2009; LUU et al., 2011).

Funções executivas é um conjunto integrado dessas habilidades que irão permitir o planejamento, monitoramento e a regulação de diferentes tipos de processos cognitivos. Normalmente são requisitadas em que o nível de consciência e controle cognitivo são necessários como novas situações as quais o indivíduo é deparado (DIAMOND, 2013).

Déficits na função executiva pode interferir na capacidade do adolescente de se desenvolver normalmente e interagir de maneira efetiva no ambiente. Entre essas dificuldades destaca-se prejuízos no desempenho acadêmica, tomada de decisão impulsivas e o engajamento de comportamentos de alto risco a saúde associados a acidentes com sequelas físicas e psicossociais (BLAKEMORE; CHOUDHURY, 2006). Com isso é de grande relevância que enfermeiros estejam aptos para identificar se alguma dessas habilidades está prejudicada para poder planejar intervenções resolutivas (EKEUS et al., 2010; GREEN et al., 2009; LUU et al., 2011).

No que concerne déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) entende-se que é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de inquietude e impulsividade (CHEN et al., 2013; CORNELIUS et al., 2012).

Estudos científicos apontam que esse distúrbio apresenta alterações na região frontal e nas suas conexões com o resto do cérebro responsável pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento, afetando o comportamento do indivíduo. Suas etiologias podem ser condições obstétricas, exposição a substâncias tóxicas, problemas familiares, desnutrição (CHEN et al., 2013; CORNELIUS et al., 2012; FROLLI; PISCOPO; CONSON, 2015; SANTOS; VASCONCELOS, 2010; WOJTOWICZ, BANEZ, 2015).

Esse transtorno afeta cerca de 5% das crianças e adolescentes em todo o mundo, sendo associado com deficiência em uma ampla gama de atividades diárias.

Estudo que trabalhou o impacto do TDAH identificou que cerca de 20% dos adolescentes da amostra apresentaram mal desempenho social, educacional e emocional (POLANCZYK et al., 2007). No geral, o TDAH associa-se a dificuldades na escola e no relacionamento com os demais, o que pode dificultar o desenvolvimento de habilidades cognitivas nessa população.

O Domínio Psicossocial perpassa pelas relações familiares, amigos, grupos e a compreensão de sua identidade. Esse pode sofrer de diversas condições entre eles problemas de comportamentos, entendidos como déficits ou excessos comportamentais que prejudicam a interação do indivíduo com seus colegas e parentes (BOLSONI-SILVA et al., 2015). Com relação à classificação dos problemas comportamentais, é possível classificá-los em internalizantes (por exemplo timidez, ansiedade, depressão) e externalizantes (desobediência, agressividade, oposição), sendo esses apontados como sinais e sintomas para o diagnóstico proposto (AINA et al., 2010; BOLSONI-SILVA et al., 2015; HSU; DORN; SEREIKA, 2010).

Véronneau, Trampe e Paiva (2014) afirmam que comportamento de internalização é mais propensos de ocorrerem do que os de externalização por se tratarem de problemas que podem passar despercebidos por pais, cuidadores ou profissionais que assistam esse indivíduo. Eles acrescentam ainda que os indivíduos afetados experimentam sentimentos como angústia interna, o que pode vir a refletir na dificuldade de expressar suas emoções e insegurança, duas outras características definidoras. Esses comportamentos são frequentes nessa fase da vida e podem estender-se até a idade adulta.

No tocante a CD dificuldades de expressar emoções foi identificado na revisão integrativa que se refere a dificuldade de o adolescente verbalizar seus medos, anseios e sentimentos (NOGUEIRA, 2012). Segundo Berger (2003) o adolescente vivencia diversas experiências na busca de sua identidade, com isso ele pode passar por um processo de interiorização se afastando de familiares e amigos, deixando isolado. Essa situação é preocupante pois adolescentes isolados podem desenvolver sentimento de rebeldia, solidão e inseguranças, prejudicando seu desenvolvimento social (NOGUEIRA, 2012).

A insegurança emocional foi identificada como um sinal que pode levar ao atraso no desenvolvimento dos adolescentes por compreender o estado emocional que surge na sequência de uma situação entendida como alarmante ou ameaçadora.

Essas situações podem inibir o adolescente de forma que ele não consiga se socializar, desenvolver habilidades de cominação e tomada de decisões sobre projetos e planos para o futuro (GRAÑA; PIVA, 2004).

No que concerna a CD transtorno alimentares (TA) corresponde a desvios do comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Podem ser classificados como anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno alimentar não específico (EDNOS) e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAO) (NAZAR et al., 2008; NOGREIRA, 2012).

As principais características da anorexia nervosa são uma recusa em manter o peso corporal em uma faixa normal mínima adequada para a idade e altura, medo de engordar, distorção da imagem corporal e amenorreia. Indivíduos com bulimia nervosa experimentam episódios de compulsão alimentar e submetem-se a métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso, como vômitos e abuso de laxantes autoinduzidos. O EDNOS é o mais comum entre os adolescentes e são aqueles que não preenchem os critérios do NA e BN ou outras práticas alimentares anormais. O TCAP é o episódio recorrente de compulsão alimentar sem a ocorrência de métodos compensatórios, seguido por intensos sentimentos de vergonha e culpa (NAZAR et al., 2008; NOGREIRA, 2012).

Os TA parecem ser multifatoriais, envolvendo fatores biológicos e psicossociais. A distorção da imagem corporal associada a preocupações de adequações aos parâmetros de beleza ditados pela sociedade é um traço comum a esses transtornos que podem acarretar sérios problemas psicossociais no adolescente (NOGREIRA, 2012).

No tocante aos fatores relacionados (FR) foram elencados: abuso de substâncias psicotrópicas, ambiente familiar desfavorável, condições obstétricas maternas e neonatais, desnutrição, distúrbios genéticos, doença crônica, dor crônica, efeitos adversos de medicamentos, exposição a substâncias tóxicas, infecções, lesão cerebral, marginalização social, não aceitação às transformações corporais da puberdade, obesidade, privação emocional e trauma físico.

Ademais, o fator relacionado (FR) abuso de substância psicotrópicas é uma preocupação crescente dos pais e profissionais de saúde. Entendida como o consumo

excessivo de álcool, anfetaminas, maconha, alucinógenos, cocaína, nicotina, opiáceos, entre outras. O uso ou experimentação de psicotrópicos ocorre na frequência de até cinco vezes na vida e, portanto, não apresenta consequências. Contudo o consumo excessivo é considerado quando acontece mais de seis vezes no mês, levando a quadros de dependência, intoxicação e abstinência (FRIEDMAN et al., 2009; WOJTOWICZ; BANEZ, 2015). Entre essas substâncias, o tabaco, álcool, ansiolíticos e anfetaminas são os mais utilizados por esses jovens devido à facilidade de acesso e, em alguns casos, à permissão dos pais (BRASIL, 2001; WEELDENA et al., 2016).

Riscos associados com o uso dessas substâncias incluem disfunção sexual, participação em crimes violentos, depressão, ideação e tentativas suicidas, desajuste escolar acompanhado por comportamentos de externalização e internalização. Acrescenta-se ainda a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, cânceres, doenças respiratórias e acidentes com traumas físicos entre os adolescentes que utilizam algum tipo dessas substâncias (BRASIL, 2001; WEELDENA et al., 2016).

Em referência ao ambiente familiar desfavorável, compreendido como situações familiares que dificultem o relacionamento do adolescente com seus pais e familiares, esses podem ser: analfabetismo funcional dos pais, divórcio ameaçado ou concluído, pai não presente na vida do adolescente, baixo nível socioeconômico, doença na família, relações tensas, abuso (físico, emocional, sexual e negligência do cuidador), problemas com os membros familiares e dificuldade ou falta de diálogo entre os membros (FAGERLUND et al., 2012; MILLS et al., 2011; WOJTOWICZ; BANEZ, 2015).

A família, na visão do adolescente, pode representar um complexo sistema onde os componentes reagem e influenciam-se uns aos outros de forma recíproca através de vínculos afetivos, psicológicos, respeito, privacidade, autonomia e de individualidade. Desequilíbrios entre esses componentes, como em uma situação de divórcio, por exemplo, pode comprometer esse relacionamento a ponto de expor o adolescente a situações de risco (FAGERLUND et al., 2012; MILLS et al., 2011; WOJTOWICZ; BANEZ, 2015).

Nessa perspectiva, é válido ressaltar que componentes familiares podem exercer uma relação de imponderação a ponto de conduzir seus filhos a realizá-los. Ou então o abuso de poder pode ser tão sufocante que o adolescente se torna reativo

à falta de espaço para desenvolver gradualmente a própria autonomia. Todavia, liberdade excessiva e a falta de limites na educação dos filhos pode ser sinal de diferenciação e distância extremas entre os componentes familiares, onde o afeto não é demonstrado e a frieza emocional e a distância afetiva se tornam uma constante (FAGERLUND et al., 2012; MILLS et al., 2011; WOJTOWICZ; BANEZ, 2015).

A marginalização social, outro fator etiológico do DE proposto, é uma etiologia que se refere a incompetências nas habilidades sociais, seja individual, seja de interações sociais. Abrange a qualidade das relações do adolescente com os outros: sua valência de interagir com pares ou de ser aceito pelos mesmos; as quais podem resultar de exclusão social. A adaptação a esse fenômeno é particular de cada indivíduo e apresenta sintomas bem particulares, por exemplo: a exclusão pode aumentar os sintomas de depressão e ansiedade em alguns adolescentes ou mesmo aumentar a dúvida sobre quem ele é, inseguranças da capacidade de encontrar amigos e diminuir a autoestima (COPLAN et al., 2013; INDERBITZEN; WALTERS; BUKOWSKI, 2010). Por outro lado, estudo afirma que uma possível aceitação social pode estar associada com menos solidão e maior desempenho acadêmico (NEWMAN; ERDLEY; MARSHALL, 2011).

O resultado do estudo de Fite et al. (2012) indica um certo sincronismo nas características de marginalização social, problemas de externalização e desajuste acadêmico. Eles justificam essa ligação ao entender que adolescentes agressivos estão em maior risco de tornar-se rejeitado, ou seja, de sofrerem marginalização social, que, por sua vez, vivenciam insucesso escolar.

Acerca do fator relacionado desnutrição, condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso de um ou mais nutrientes essenciais que pode levar a uma série de alterações na composição corporal e no funcionamento normal do organismo. Dentre essas alterações, destaca-se a grande perda muscular e os depósitos de gordura que alteram a idade puberal, uma vez que os hormônios responsáveis por tal função são constituídos por gorduras. Como consequências, temos emagrecimento, peso inferior a 60% ou mais do peso normal; desaceleração, interrupção ou até mesmo involução do crescimento; alterações psíquicas e psicológicas: a pessoa fica retraída, apática, estática, triste; problemas psicossociais e biossociais, como autoimagem prejudicada pelas alterações do cabelo e da pele (o cabelo perde a cor e

a pele descasca e fica enrugada) e marginalização social; estímulos nervosos prejudicados (BRASIL, 2006).

Em contrapartida, a obesidade, compreendida como uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, e que causa prejuízos à saúde do indivíduo. Também considerada com um distúrbio endócrino, com elevada prevalência entre os adolescentes. Em termos quantitativos, o sobrepeso equivale a um índice de massa corporal (IMC) maior que 25 kg/m². Isolado, o IMC não é indicador suficiente da gravidade do excesso de peso, pois o tipo de distribuição dessa gordura pelo organismo também é importante. Por isso, deve-se analisar o IMC juntamente com a medida da circunferência abdominal, o que irá oferecer uma forma combinada de avaliação e ajudar a diminuir as limitações de cada uma (DIAS et al., 2012).

A obesidade, nessa fase da vida, pode levar a sinais precoces da puberdade (telarca) em meninas e atraso puberal em meninos. Essas alterações geralmente estão concernentes ao excesso de gordura, comumente definido pelo elevado IMC. A obesidade é a causa mais comum de resistência à insulina em crianças e também está associada com dislipidemia, alterações musculoesqueléticas, diabetes mellitus, complicações cardiovasculares, doença hepática gordurosa não alcoólica e câncer. Além de infligir consequências psicossociais sobre o desenvolvimento emocional do adolescente por meio de discriminação e estigmatização (MARQUES et al., 2013).

Entretanto, deve-se ressaltar que ganhar peso durante a puberdade, até certo ponto, é fisiológico. Puberdade normal é acompanhada pelo aumento do IMC e da adiposidade subcutânea (SOLORZANO; MCCARTNEY, 2010). Esse fato pode explicar o porquê jovens no início da adolescência adquirem um pouco mais de peso. Em estudo transversal, Marques et al. (2013) verificou uma maior prevalência de excesso de peso na fase inicial da adolescência, o que corrobora com o ganho de peso no início da puberdade. As diferentes fases da adolescência, cada um com as suas características individuais, têm de ser tomadas em consideração para poder avaliar o excesso de peso nessa população.

Ainda sobre a obesidade, Halfon, Larson e Slusser (2013) identificaram associações entre essa comorbidade e alterações nas habilidades envolvidas no comportamento consciente, que resultam em mau controle dos impulsos e desempenho acadêmico reduzido (motivação e desempenho). Outrossim, Marques et al. (2013) e Halfon, Larson e Slusser (2013) apontaram que o excesso de peso pode

refletir na percepção da autoimagem, tornando-se cada vez mais consciente e mais crítica de sua aparência, além de problemas psicossociais, incluindo provocação à base de peso, a estigmatização social e rejeição pelos pares.

Nessa perspectiva, aponta-se a não aceitação às transformações corporais da puberdade (Ex.: crescimento da mama, testículo, engrossamento da voz, menarca, pubarca), como um fator etiológico do DE. Essa foi compreendida como insatisfação do adolescente as mudanças puberais e ao luto pelo corpo infantil (NOGUEIRA, 2012). Isso causa prejuízos na transição para a vida adulta pois esses indivíduos podem tornar-se inseguros, deprimidos e excluídos pela sua aparência física.

O fator etiológico complicações obstétrica materna e neonatal esteve relacionado ao aumento na ocorrência de comportamentos problemáticos, como os de externalização e prejuízos no desenvolvimento do cérebro, que afeta o domínio cognitivo. Os autores Ishikawa e Raine (2003) definem complicações obstétricas como interrupções e distúrbios da gravidez, no trabalho de parto, no nascimento e no período neonatal. Exemplos dessas complicações são exposição pré-natal a drogas, nutrição materna deficiente, não realização das consultas de pré-natal, gravidez precoce ou não planejada; hipóxia perinatal leve; apgar baixo, ressuscitação, asfixia intraparto, estresse pré-natal materno (acidentes, perdas familiares, dificuldades económicas) (CORNELIUS et al., 2012; FAGERLUND et al., 2012; GREEN et al., 2009; ODD et al., 2007; PITZER et al., 2010; PRATT; GREYDANUS, 2007; RHEIN et al., 2011; SHEVELL, 2008; WILLFORD et al., 2004)

A exposição fetal ao álcool está relacionada a déficit cognitivos, bem como a exposição à fumaça de cigarro. No entanto, uma vez que a exposição pré-natal a drogas resulta em déficits cognitivos e comportamentais, é provável que o aumento da agressividade observado, especificamente em crianças expostas, dependa da presença de outros fatores como complicações no parto, gravidez na adolescência, ambiente familiar desfavorável, gravidez indesejada (DIAS et al., 2013; HOLDERBAUM, 2012). As combinações de complicações manifestam sintomas como déficit psicossociais, tais como rejeição materna precoce, ambiente familiar menos favorecido ou cuidados parentais e aumento significativo do comportamento de externalização (HOLDERBAUM, 2012).

A hipóxia fetal pode comprometer a matéria cinzenta cortical, resultando em alterações cognitivas. Assim sendo, complicações no parto, tais como anoxia-hipoxia,

pré-eclâmpsia (hipertensão que leva à anoxia) e partos com fórceps, também podem ser uma fonte de disfunções cerebrais. Por outro lado, crianças que receberam ressuscitação, e conseqüente exposição a altas concentrações de oxigênio, desenvolveram também deficit cognitivos (HOLDERBAUM, 2012).

O baixo peso ao nascer (<2.500g) tem conseqüências negativas no desenvolvimento motor, cognitivo e comportamental devido a perturbações nos processos de maturação normal do cérebro, em particular o processo de mielinização e lesão da substância branca, que ocorre normalmente em prematuros e crianças de muito baixo peso (KIEVIET et al., 2012). Déficit cognitivo significativo tem implicações importantes para o potencial intelectual e desempenho escolar. Eles estão associados à exposição pré-natal ao álcool (GREEN et al., 2009; WILLFORD et al., 2004), prematuridade, principalmente na função executiva, e memória de trabalho espacial (LUU et al., 2011).

Com respeito aos FR distúrbios genéticos, desordens genéticas causadas por: alteração de um único gene, na qual há um erro crítico na informação transportada; alterações cromossômicas, envolvendo sua falta ou excesso; além dos distúrbios herdados, ora de um dos pais, ora herdado de ambos. A maior parte das alterações que leva ao desenvolvimento dessas desordens já se encontra presente ao nascimento; entretanto, pode não se apresentar clinicamente até a idade adulta ou até mesmo nunca se manifestar. Quando manifestado pode prejudicar as habilidades de vida diária, comunicação e pensamento crítico do adolescente limitando seu desenvolvimento e tornando-os dependentes dos cuidadores (FLÓRIA-SANTOS et al., 2011; NUSSBAUM, 2002; POTTER; PERRY, 2013).

Com relação ao fator relacionado doenças crônicas, identificado como conjunto de condições que estão relacionadas com causas múltiplas, prognósticos incertos, longa duração ou por tempo indeterminado da doença e do tratamento, cursos clínicos variados e instáveis com períodos de crise ou incapacidades funcionais e físicas (BRASIL, 2010).

Estudos apontam que doenças crônicas na adolescência tendem a causar alterações nas necessidades diárias e de adaptação, como seguir dietas, restrições físicas, baixo desempenho escolar, dor crônica, hospitalizações frequentes, as mudanças corporais e sentimentos negativos em relação a si mesmo (FROTA et al., 2012; NÓBREGA et al., 2010; WOJTOWICZ, BANEZ, 2015).

A dor crônica, fator relacionado que pode ser uma consequência de dores crônicas, foi definida como dor relacionada a uma injúria recorrente ao organismo que já dura há pelo menos 3 meses. Ela pode ser incapacitante e desestimulante para o adolescente exigindo um certo grau de comprometimento a abdições, muitas vezes difíceis de serem entendidas na adolescência (BRASIL, 2010; WOJTOWICZ, BANEZ, 2015).

Nesse cenário, é válido discutir ainda sobre o fator relacionado infecção, compreendida como permanência no organismo de um micro-organismo estranho (bactéria, fungo, parasita ou vírus) capaz de se multiplicar e provocar doenças ou alterações patológicas de maior ou menor gravidade (POTTER; PERRY, 2013; SMELTZER et al., 2009).

De acordo com Patil (2013), a adolescência é uma etapa marcada por diversas vulnerabilidades, dentre elas a suscetibilidade para infecções devido à exposição a um estilo de vida mais arriscado e à maturação do sistema imunológico. Em adição, a análise dos artigos da revisão integrativa possibilitou acrescentar a essa vulnerabilidade fatores como doenças crônicas; dor crônica; efeitos indesejáveis de terapias; distúrbios ou condições genéticas; trauma físico que interferem, de forma negativa, no desenvolvimento do adolescente levando também a deficit cognitivo, motores, dificuldades com as habilidades de vida diária e dificuldades de comunicação verbal (RHEIN et al., 2014).

Tendo em consideração o FR efeitos adversos de medicamentos, efeito não desejado de um fármaco, como em terapias antirretroviral (HIV) e no uso de corticosteroides, também foi considerado uma etiologia do atraso no desenvolvimento. Corticosteroides, por exemplo, têm sido implicados no atraso puberal. Terapia retroviral, bem como a própria infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), leva ao atraso puberal como ao impacto social, incluindo o estigma da sociedade e a possibilidade de grandes mudanças na forma corporal (BADRI et al., 2014; SZUBERT et al., 2015).

Com respeito a exposição a substâncias tóxicas, exposição, ambiental ou alimentar, a metais pesados como Cádmiio, Chumbo ou substância radioativa provoca efeitos estrogênicos ou antiandrogênicos, interferindo no sistema reprodutivo e no desenvolvimento normal do indivíduo. As crianças e adolescentes são mais suscetíveis à exposição dessas substâncias tóxicas do que os adultos pela ingesta

desses contaminantes acrescidos do período em que eles se encontram (desenvolvimento ativo biológico e hormonal) (INTERDONATO et al., 2015; NAICKER et al., 2010).

Ainda sobre questões externas que podem interferir no desenvolvimento do adolescente destaca-se os acidentes que podem levar a traumas físicos e lesões cerebrais, ambas identificadas como fatores relacionados ao diagnóstico proposto.

Quando um adolescente sofre um acidente, este muitas vezes vem associado a traumas físicos que podem marcar a vida desse indivíduo, deixando-o com sequelas permanentes, por exemplo, tetraplegia, distúrbio da imagem corporal por amputação ou cicatrizes. Quando esse trauma está associado a abuso ou violência, pode marcar negativamente sua vida, causando-lhe estresse, depressão, insegurança (GEORGS DOTTIR et al., 2012).

Segundo Yamaguchi et al. (2008), acidentes e violência são decorrentes de ação humana (externas ou internas) ou omissão, associados aos aspectos sociais, que causam danos à saúde, são eles: acidente de trânsito, trabalho, quedas, intoxicação, afogamento, entre outros; agressões e automutilação. Ele afirma ainda que a violência está diretamente relacionada com questões comportamentais e situacionais dos indivíduos, em que o adolescente se encontra como um alvo, tanto para sofrer quanto para ser o responsável por algum tipo de acidente.

Acidentes também podem levar a lesões cerebrais como traumatismo cranioencefálico (TCE). Esse tipo de trauma aparece entre as três principais causas de morte na população em geral, perdendo apenas para as doenças neoplásicas e as cardiovasculares, sendo sua ocorrência mais comum entre jovens com prevalência do sexo masculino. As vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar incapacidades e deficiências, temporárias ou permanentes, que podem interferir na capacidade do indivíduo de exercer suas funções (MOREIRA et al., 2015).

Ainda sobre lesões cerebrais, elas podem ser de diversas origens, como tumor, cisto, abscesso, encefalite, meningite. Nessa idade difícil, o fardo de doença dessa complexidade pode levar a uma perda de autoestima, controle e independência; problemas relacionados à imagem corporal relativos à identidade sexual e medo de rejeição pelos pares. A tudo isso devemos acrescentar a

participação reduzida em ambas as atividades físicas e sociais devido a rotinas hospitalares (PRATT; GREYDANUS, 2007; SPENCER-SMITH et al., 2011).

No que concerne à construção de diagnósticos de enfermagem, um dos objetivos desta pesquisa, foram necessárias interpretações do comportamento humano relacionado à saúde, descrevendo aquilo que o profissional sabe sobre o estado de saúde do paciente, ou seja, seu julgamento perante aquela situação. Os DE podem ser relacionados a um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial (HERDMAN, 2012). Na presente pesquisa, o DE proposto tem o foco no problema, uma resposta humana indesejável que é o atraso no desenvolvimento.

Embora perceba-se a importância da utilização dos DE para a atuação profissional do enfermeiro, seja na clínica, na pesquisa ou no ensino, bem como ser parte do processo de trabalho dos enfermeiros regulamentados pelo Conselho Federal de Enfermagem, não é uma prática consolidada por essa categoria (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014). Contudo, Frazão (2014) ressalta os benefícios do uso dos DE não só para o enfermeiro, mas também para o paciente e a instituição, o que torna a proposição de novos DE e a validação dos já desenvolvidos uma importante estratégia de avanço científico da profissão. Souza (2014) acrescenta ainda a elaboração de novos DE voltados para a promoção do fenômeno desenvolvimento que ampliará a elaboração de um novo diagnóstico voltado para a promoção do desenvolvimento em fases específicas da vida.

Oliveira e Cadette (2009) identificaram que, apesar de a equipe de enfermagem considerar o registro de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento importantes, estes ainda são incompletos e vazios de significado. Isso caracteriza a dificuldade do profissional em trabalhar a temática marcada pela complexidade do fenômeno. Portanto, considera-se como relevante desenvolver estudos na temática clarificando o desenvolvimento e aproximando o profissional a uma assistência mais sensível operacionada para trabalho com o desenvolvimento.

Destarte, através da identificação dos atributos, características definidoras e fatores relacionados do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes foi possível propor os componentes do DE, bem como construir suas definições teóricas e referências empíricas. Assim, espera-se que os resultados do presente estudo facilitem a atuação dos enfermeiros, seja na assistência, docência ou pesquisa, no estabelecimento de um plano de cuidados que priorize a promoção da saúde,

destacando as especificidades da faixa etária. Outrossim, espera-se ainda contribuir para o desenvolvimento do corpo de conhecimento da Enfermagem.

7 CONCLUSÃO

No que concerne os achados gerais do presente estudo chegou-se a uma amostra de 51 referências que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Dessas percebeu-se concentração de estudos publicados em periódicos a partir de 2006, todos disponíveis na língua inglesa. Referente ao nível de evidência, percebeu-se predominância dos níveis VI (53%) e IV (45%). No que tange o desenvolvimento do adolescente os domínios cognitivo, biossocial (desenvolvimento puberal) e psicossocial apresentaram uma frequência de 24%, 22% e 8%, respectivamente. Alguns estudos abordavam mais de um domínio, como foi o caso de 47% da amostra que trabalharam na concepção cognitivo e psicossocial (25%); cognitivo, psicossocial e biossocial (14%); e biossocial e psicossocial (8%).

Dos artigos analisados, 28 estudos relacionaram o atraso no desenvolvimento ao prejuízo no desenvolvimento físico (envolvendo o crescimento) e imaturidade sexual do adolescente; 22 estudos relacionaram as dificuldades de socialização e déficit de comportamento; e 14 estudos como comunicação verbal prejudicada, atividades de vida prejudicada, baixo desempenho escolar, transtorno no déficit de atenção, déficit de atenção e hiperatividade, memória prejudicada, inibição, falta de planejamento e organização para desempenhar atividades e dificuldades na fluência verbal.

Ademais, foi proposta a estrutura do diagnóstico de enfermagem voltados para adolescente, a saber: Atraso no desenvolvimento, pertencente ao domínio 13 da NANDA-I - crescimento/desenvolvimento; classe 2 – desenvolvimento, com os fatores relacionados e as características definidoras descritos a seguir, respondendo, assim, aos objetivos desta pesquisa.

Em relação aos consequentes/características definidoras foram identificados 14, estes agrupados nos três domínios do desenvolvimento: **Domínio biossocial** - maturação sexual alterada, baixa autoestima e insatisfação com a própria imagem; **Domínio cognitivo** – baixo desempenho escolar, comunicação verbal prejudicada, Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH), atividade de vida diária prejudicada e deficit de função executiva; **Domínio psicossocial** - comportamento de internalização; marginalização social; comportamento de externalização; dificuldades

de expressar emoções; transtornos alimentares; insegurança emocional e enfrentamento passivo ou dependente.

No que concerne aos antecedentes/fatores relacionados foram identificados 16 antecedentes: ambiente familiar desfavorável; condições obstétricas maternas ou neonatais; doença crônica; desnutrição; distúrbios genéticos; abuso de substâncias psicotrópicas; efeitos indesejáveis de terapias; exposição a substâncias tóxicas; obesidade; privação emocional; infecções; lesão cerebral; trauma físico; dor crônica, não aceitação às transformações corporais da puberdade e marginalização social.

Os antecedentes/fatores relacionados e consequentes/características definidoras também foram identificados e agrupados, sendo construídas definições conceituais e operacionais para cada componente.

A partir da análise do conceito foi possível construir um caso modelo e um caso contrário relacionado ao fenômeno estudado, o que permitiu a mensuração da identificação clínica do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.

Destaca-se a contribuição desta pesquisa no acréscimo para o conhecimento de enfermagem, uma vez que propõe uma análise teórica de um fenômeno do ciclo de vida do ser humano, que é de grande relevância social.

Ressalta-se que o estudo apresentou como limitação a utilização de apenas seis bases de dados e um periódico específico à temática para busca do conceito, o que limitou a possibilidade de uma busca mais ampliada na literatura para a identificação do conceito; incluir estudos disponíveis eletronicamente e no portal CAPES e a estratégia metodológica da revisão integrativa de só utilizar as referências disponíveis na busca.

É válido salientar ainda que este estudo se configura como a primeira etapa do processo de construção de diagnósticos de enfermagem, sendo assim necessário a continuidade do processo de construção e validação diagnósticas necessárias para proposição de DE na NANDA-I. Nessa perspectiva este estudo servirá de subsídio para o desenvolvimento de estudos de validação de conteúdo e acurácia dos componentes aqui encontrados com intuito de verificar a sensibilidade, especificidade e o valor preditivo dos indicadores clínicos encontrados.

REFERÊNCIAS

- AINA, O. F. et al. Sexual maturation and psychiatric morbidity among persons with sickle cell anaemia in a nigerian teaching hospital. **International Journal of Psychiatry em Medicine**. v. 40, n. 1, p. 31-43, 2010.
- ALFARO-LEFÉVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Washington DC, 1994.
- American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4th Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
- ANDRADE A. N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 748-56, 2012.
- BADRI, D. E. et al. Sexual maturation in Moroccan patients with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology International**. v. 34, n. 5, p. 665–668, 2014.
- BERGER, K. S. **O desenvolvimento da pessoa da infância à adolescência**. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2003.
- BESSERRA, E. P. et al. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência saúde coletiva**, v. 16, supl., p.11563-1570, 2011.
- BLAKEMORE, S. J.; CHOUDHURY, S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 47, n. 3-4, p. 296-312, 2006.
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.
- BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à natureza da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cadernos CEDES, Campinas**, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Problemas de comportamento, em ambiente familiar em escolares e pré-escolares diferenciados pelo sexo. **Interamerican Journal of Psychology (IJP)**. V. 49, n. 3, p. 3541-364, 2015.

BORGES, S. Psychoanalysis in literacy. **Online Journal Cultivating Literacy in Portuguese-Speaking Countries**. v. 5, n. 9, 2011.

BRANCO. B. M.; WAGNER, A.; DEMARCHI, K. A. Adolescentes Infratores: rede social e funcionamento familiar. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 1, p. 125-132, 2008.

BRASIL, ABEn. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**: Projeto acolher. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001.

BRASIL, Ministério da educação. **Educação profissional**. Referencias curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Brasília. 2000.

BRASIL, Ministério da educação. **Especial dos Direitos Humanos**; Ministério da Educação, Assessoria de Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal 8.069/90

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais Para a Atenção à Saúde integrante de adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília. 2010. 132 p:

BRASIL, Secretária da saúde. **Manual de atenção a saúde do adolescente**. Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

BRASIL. **Comunicação Social**: MEC. Brasília: DF, 2005. 77p.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1986.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução COFEN 358/2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Crianças e adolescentes, indicadores sociais**. Brasília: IBGE, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009**. 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.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo. Decisão COREN- SP-DIR/008/1999 “**Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo**.”

BRASIL, Secretária Municipal de Saúde (SMS). **Carteira de serviços da Atenção Básica de Natal**. Natal, 2014, 57 p.

BRÊTAS, J. R. S. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência saúde coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

BUCK-LOUIS, G. M., et al. Environmental factors and puberty timing: expert panel research needs. **Pediatrics**. v. 121, p.192-207, 2008.

CALDÚ, X. et al. Corpus Callosum Size and Neuropsychologic Impairment in Adolescents Who Were Born Preterm. **Journal of Child Neurology**. v. 21, n. 5, p. 406-410, 2006

CHEN, M. et al. Association of ghrelin and leptin with reproductive hormones in constitutional delay of growth and puberty. **BMC Psychiatry**. v. 4, n. 13, 2013.

CHULANI, V. L.; GORDON, L. P. Adolescent Growth and Development. **Prim Care Clin Office Practice**. v. 41, p. 465 – 487, 2014.

COPLAN, R. J. Alone is a crowd: social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood. **Developmental Psychology**. v. 49, n. 5, p. 861-875, 2013.

CORNELIUS, M. D. et al. Long-term Effects of Prenatal Cigarette Smoke Exposure on Behavior Dysregulation Among 14-Year-Old Offspring of Teenage Mothers. **Maternal and Child Health Journal**. v. 16, p. 694–705, 2012.

COSTA, A. G. S. C. et al. Nursing diagnosis: impaired physical mobility in patients with stroke. **Revista Escola de Enfermagem - USP**; v. 44, n. 3, p. 742-747, 2011.

DADALT, G. T.; EIZERIK, D. P. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Revista Brasileira Farmacologia**. v. 94, n. 2, p. 89-93, 2013.

DAVIS, E. et al. Associations between early alcohol and tobacco use and prolonged time to puberty in males. **Child Care Health Development**. v. 41, n. 3, p. 459–466, 2015.

DELGADO, M. F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 168- 177, 2015.

DESSEN, M. A.; GUEDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia**. v. 15, n. 30, p. 11-20, 2005.

DIAMOND, A. Executive functions. **Annual Review of Psychology**. v. 64, p. 135-168, 2013.

DIAS, D. R. et al. Consumption of alcohol and other drugs in pregnancy: an integrative review. **Revista enfermagem UFPE on line**. v. 7, n. 7, p. 188-199, 2013.

DIAS, N. F. et al. Lack of mutations in the leptin receptor gene in severely obese children. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 56, n. 3. p. 178-83, 2012.

DU, X. et al. Low body weight and its association with bone health and pubertal maturation in Chinese girls. **European Journal of Clinical Nutrition**. v. 57, n.5, p. 693–700, 2003.

EKEUS, C. et al. Preterm Birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year-Old Men. **Pediatrics**. v. 125, n. 1, p. 67-73, 2010.

EL-KHATIB, U. Sobre a criança e seu processo de desenvolvimento. **Caderno de Terapia Ocupacional de UFSCar**, v. 23, n. 3, 2015.

GEORGSDOTTIR, I. et al. Disabilities and health of extremely low-birthweight teenagers: a population-based study. **Foundation Acta Paediatrica**. v. 101, n. 5, p. 518–523, 2012.

ERIKSON, E. H. **Identity, youth, and crisis**. New York: Norton, 1968.

FAGERLUND, Å. et al. Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. **European Child & Adolescent Psychiatry**. v. 21, n. 4, p. 221–231, 2012.

FERRON, C. Body image in adolescence: cross-cultural research--results of the preliminary phase of a quantitative survey. **Adolescence**. v. 32, n. 127, p. 735-45, 1997.

FITE, P.J. et al. Rejection examination of colleagues and depressive symptoms as mediators link between the rule-breaking behavior and poor school performance. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**. v. 34, n. 2, p. 164-171, 2012.

FLÓRIA-SANTOS, M. et al. Desordens genéticas: o papel do enfermeiro. **Proenf saúde do adulto**. v. 6, n. 3, p. 71 -110, 2011.

FRAZAO, C. M. F. Q. et al. Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n.4, p. 701-709, 2014.

FRAZAO, C. M. F. Q. et al. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem identificados nos indivíduos em hemodiálise. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n.2, p. 1157-1164, 2015.

FRAZAO, C. M. F. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes submetidos a hemodiálise**. 2015. 168f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FRIEDMAN, D. et al. Trajectories of autonomy development across the adolescent transition in children with spina bifida. **Rehabilitation Psychology**, v. 54, n. 1, p. 16-27, 2009.

FROLLI, A.; PISCOPO, S.; CONSON, M. Developmental changes in cognitive and behavioural functioning of adolescents with fragile-X syndrome. **Journal of Intellectual Disability Research**. v. 59, n. 7, p. 613 -621, 2015.

FROTA, M. A. et al. Quality of Life of Children with chronic renal failure. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 527-33, 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Teorias de enfermagem**. In: Egry EY. Garcia TR. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, p. 31-40, 2010.

GONÇALVES, S.; SILVA, D.; ANTUNES, H. Psychosocial correlates of overweight and obesity in infancy. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 2, p. 179-186, 2012.

GRAÑA, R. B.; PIVA, Â. **A atualidade da psicanálise de adolescentes: formas do mal-estar na juventude contemporânea**. 1 Ed. casa do psicólogo. 332 p.

GREEN, C. R. et al. Executive function deficits in children with fetal alcohol spectrum disorders (FASD) measured using the Cambridge Neuropsychological Tests Automated Battery (CANTAB). **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 50, n. 6, p. 688–697, 2009.

GRUNAU, R. E.; WHITFIELD, M. F.; FAY, T. B. Psychosocial and Academic Characteristics of Extremely Low Birth Weight (≤ 800 g) Adolescents Who Are Free of Major Impairment Compared With Term-Born Control Subjects. **Pediatrics**. v. 114, n. 6, p. 725- 732, 2004.

GUEDES, N. G. Review of nursing diagnosis Sedentary Lifestyle in individuals with hypertension: conceptual analysis. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 47, n. 3, p. 734-741, 2013.

HALFON, N.; LARSON, K.; SLUSSER, W. Associations Between Obesity and Comorbid Mental Health, Developmental, and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample of US Children Aged 10 to 17. **Academic Pediatrics**. v. 13, n. 1, p. 6-13, 2013.

HEDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017/ [NANDA Internacional]**, Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERDMAN, T. H. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. p. 556

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

HOLDERBAUM, G. G. Fatores que afetam o desenvolvimento. **EFDeportes.com**, v. 17, n. 170, 2012.

HSU, Y. A.; DORN, L. D.; SEREIKA, S. M. Comparison of puberty and psychosocial adjustment between Taiwanese adolescent females with and without diabetes. **Journal of clinical nursing**. v. 19, n. 19-20, p. 2704 -2712, 2010.

INDERBITZEN, H. M.; WALTERS, K. S.; BUKOWSKI, A. L. O papel da ansiedade social nas relações de pares adolescentes: Diferenças entre grupos de status sociométricos e rejeitou subgrupos. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 26, n. 4, p. 338-348, 2010.

INHELDER, B.; PIAGET, J. The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: Basic Books, 1958. 328 p.

INTERDONATO, M. et al. Cadmium delays puberty onset and testis growth in dolescents. **Clinical Endocrinology**. v. 83, n. 3, p. 357–362, 2015.

ISHIKAWA, S.; RAINE, A. Complicações obstétricas e agressão. **Agressividade – Agressão**. p. 1-5, 2003.

KIEVIET, J. F. et al. Brain development of very preterm and very low-birthweight children in childhood and adolescence: a meta-analysis. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v. 54, n.4, p. 313–323, 2012.

KITCHENER, K. S.; FISCHER, K. S. **A skill approach to the development of reflective thinking**. In D. Kuhn (Ed.), *Developmental aspects of teaching and learning thinking skills*: v. 21. Contributions to human development. Basel, Switzerland: Karger. 1990.

KRAINZ, P. L.; HANNA, C. E.; LAFRANCHI, S. H. Etiology of Delayed Puberty in 146 Children Evaluated Over a 10 Year Period. **Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism**, v. 2, n. 4, p. 165-172, 1987.

LEWIS, M. E.; SHAPLAND, F.; WATTS, R. The influence of chronic conditions and the environment on pubertal development. An example from medieval England. **International Journal of Paleopathology**, v. 12, p. 1-10, 2016.

LINDFORS, K. et al. Brief Report: The Role of Ego Development in Psychosocial Adjustment Among Boys With Delayed Puberty. **Journal of Research on Adolescence**, v.17, n.4, p. 601–612, 2007.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnosis. **International journal of nursing knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134–139, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnosis. **International journal of nursing knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-9, 2012.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, 2013a.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. **Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos**. In: Tracy Heather Herdman; Emília Campos de Carvalho. (Org.). PRONANDA - Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos. 1. ed. Porto Alegre: Artmed / Panamericana Editora Ltda, 2013b, p. 85-130.

Lopes, M. V. O.; Silva, V. M.; Herdman, T. H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **International Journal of Nursing Knowledge**. 2015.

LORI, S. et al. Cognitive impairment and event-related potentials in paediatric multiple sclerosis: 2-year study. **Neurological Sciences**, v. 32, n.6, p. 1043–1046, 2011.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista Medicina** (São Paulo), v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010.

LUU, T. M. et al. Executive and Memory Function in Adolescents Born Very Preterm. **Pediatrics**. v. 127, n. 3, 2011.

MACKNER, L. M.; VANNATTA, K.; CRANDALL, W. V. Gender Differences in the Social Functioning of Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 19, n. 3, p. 270–276, 2012.

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

MARQUES, R. C. et al. Hydroelectric reservoir inundation (Rio Madeira Basin, Amazon) and changes in traditional lifestyle: impact on growth and neurodevelopment of pre-school children. **Public Health Nutrition**. v. 14, n. 4, p. 661-669, 2013.

MARTINEZ, A. E.; ALLGROVE, J.; CÉREBRO, C. Growth and pubertal delay in patients with epidermolysis bullosa. **Dermatol Clin**. v. 28, n. 2, p. 357-359, 2010.

MASI, G.; BROVEDANI, P. Adolescents with congenital heart disease: psychopathological implications. **Adolescence**. v. 34, n. 133, p. 185-191, 1999.

MCEWEN, B. S.; GIANAROS, P. J. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. **Annals of the New York Academy of Sciences**. v. 1186, p. 190– 222, 2010.

MECEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Trad Ana Maria Thirell. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

MELNYK B. M. et al. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. **American Journal of Nursing**. v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

MILLS, R. et al. Child Abuse and Neglect and Cognitive Function at 14 Years of Age: Findings From a Birth Cohort. **Pediatrics**. v. 127, n. 1, p. 4-10, 2011.

MONTEIRO, F. P. M. **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria promoção da saúde para o crescimento/desenvolvimento: estudo em lactentes**. 2013. 218 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2013.

MOREIRA, M. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com traumatismo cranioencefálico: estudo informativo. **Revista enfermagem UFPE on line**. v. 9, n. 9, p. 1035-10, 2015.

MOTHI, S. N. et al. Adolescents Living with HIV in India — The Clock is Ticking. **Indian Journal Pediatric**. v. 79, n. 12, p. 1642–1647, 2012.

NAICKER, N. et al. Lead exposure is associated with a delay in the onset of puberty in South African adolescent females: Findings from the Birth to Twenty cohort. **Science of the Total Environment**. v. 408, n.21, p. 4949–4954, 2010.

NAZAR, B. P. et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. **Revista Brasileira Psiquiatria**. v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008.

NEWMAN, J. K.; ERDLEY, C. A.; MARSHALL, K. C. Acceptance pares e amizade como preditores de ajustamento início dos adolescentes ao longo da transição do ensino médio. **Merrill-Palmer Quarterly**. v. 57, n. 3, p. 215-243, 2011.

NÓBREGA R. D. et al. Criança em Idade escolar hospitalizada: significado da Condição crônica. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 425-33, 2010.

NOGUEIRA, K. T. **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2012. 279 p.

NOGUEIRA, K. T.; FERREIRA, E. L.; VASCONCELOS, M. M. **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 516 p.

NUSSBAUM, RL. **Thompson & Thompson – Genética Médica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002. 640 p.

ODD, D. E. et al. A cohort study of low Apgar scores and cognitive outcomes. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal**. v. 93, n. 2, p. 115–120, 2008.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 33, n. 4, p. 301-306, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Chronic diseases and their common risk factors. Disponível em www.who.int.

OVERTON, W. F. Reasoning, necessity, and logic: Developmental perspectives. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1990.

PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá; 2012. 320 p.

PATIL, R. R. Determinants of leprosy with special focus on children: asocio-epidemiologic perspective. **Journal of the American Academy of Dermatology**. v. 2, n. 2, p. 5–9, 2013.

PITZER, M. et al. Early predictors of antisocial developmental pathways among boys and girls. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 121, n.1, p. 52–64, 2010.

POLANCZK, G. et al. A prevalência mundial de TDAH: uma revisão sistemática e análise metaregression. **The American Journal of Psychiatry**. v. 164, p. 942-948, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Integrative literature review: The initial step in the validation process of nursing diagnoses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, n. 1, p.49-57, 2014.

PORTO, C. C. **Exame Clínico**: bases para a prática médica. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2008.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POZO, J.; ARGENTE, J. Delayed puberty in chronic illness. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**. v. 16, n. 1, p. 73–90, 2002.

POZOA, J; ARGENTE, J. Ascertainment and Treatment of Delayed Puberty. **Horm Res**. v. 60, n. 3, p. 35–48, 2003.

PRATT, H. D.; GREYDANUS, D. E. Intellectual Disability (Mental Retardation) in Children and Adolescents. **Primary Care: Clinics in Office Practice**. v. 34, n. 2, p. 375–386, 2007.

RANGEL, R. F.; COSTENARO, R. G. S.; ROSO, C. C. Adolescentes: seus anseios, amores e temores no contexto familiar e social. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental Online**, v. 4, n. 1, p. 2686-2694, 2012.

RHEIN, M. et al. Brain volumes predict neurodevelopment in adolescents after surgery for congenital heart disease. **Brain: A Journal of Neurology**. v. 137, p. 268–276, 2014.

RHEIN, M. et al. Structural Brain Lesions in Adolescents with Congenital Heart Disease. **The Journal of Pediatrics**. v. 158, n. 6, p. 984–989, 2011.

ROBINSON, S. Victimization of Obese Adolescents. **The Journal of School Nursing August**. v. 22 n. 4, p. 201-206, 2006.

ROHRER, T. et al. Delayed pubertal onset and development in German children and adolescents with type 1 diabetes: cross-sectional analysis of recent data from the DPV diabetes documentation and quality management system. **European Journal of Endocrinology**. v. 157, n. 5, p. 647–653, 2007.

RODGERS, B. L. **Concept analysis: an evolutionary view**. In: ROGERS, B. L.; KNAFL, K. A. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2 ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p.77-102.

SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26 n. 4, p. 717-724, 2010.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**. v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.

SCHINEDER, K. L. K.; MARTINI, J. G. Cotidiano do adolescente com Doença chronic. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 20, p. 194-204, 2011.

SEDLMEYER, I. L.; PALMERT, M. R. Delayed Puberty: Analysis of a Large Case Series from an Academic Center. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**. v. 87, n. 4, p. 1613–1620, 2002.

SHEVELL, M. Global Developmental Delay and Mental Retardation or Intellectual Disability: Conceptualization, Evaluation, and Etiology (Developmental Disabilities, Part I). **Pediatric Clinics of North America**. v. 55, n. 5, p. 1071–1084, 2008.

SILVA, J. et al., Motor and learning disabilities in school children with low academic performance. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 1, p. 41-46, 2012.

SILVA, P. S. M.; VIANA, M. N.; CARNEIRO, S. N. V. O desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget. **Psicologia PT**. 2011.

SILVA, R. G. M.; LIMA, S. S. Introduction and development of nursing care systematization: a reflective analysis. **Revista de enfermagem UFPE on line**. v. 8, n. 12, p. 4373-6, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2009.

SOLORZANO, C. M. B.; MCCARTNEY, C. R. Obesity and the pubertal transition in girls and boys. **Reproduction**. v. 140, n. 3, p. 399–410, 2010.

SOUZA, J. M. **Desenvolvimento infantil**: análise do conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I. 2014. 204 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

SPENCER-SMITH et al., Megan Spencer-Smith et al. Does Timing of Brain Lesion Have an Impact on Children’s Attention? **Developmental Neuropsychology**. v. 36, n. 3, p. 353–366, 2011.

SULLIVAN, M. C.; MSALL, M. E.; MILLER, R. J. 17-year outcome of preterm infants with diverse neonatal morbidities: Part 1—Impact on physical, neurological, and psychological health status⁴¹. **Miller Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. v. 17, p. 226–241, 2012.

SZUBERT, A. J. et al. Pubertal development in HIV-infected African children on first-line antiretroviral therapy. **AIDS**. v. 29, n. 5, p. 609–618, 2015.

TANNER J. M. Problemas e avanços no crescimento e desenvolvimento do adolescente. **J Health Care Adolesc**. v. 8, n. 6, p. 470-8, 1987.

TRAGGIAI, C.; STANHOPE, R. Delayed puberty. Best Practice and Research. **Clinical Endocrinology and Metabolism**. v. 16, n. 139–151, 2002.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Self-esteem of raped women. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 5, p. 695-701, setembro-outubro 2006.

VIOTTO FILHO, I. A. T.; PONCE, R. F.; ALMEIDA, S. H. V. As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola. **Psicologia da educação**. n. 29, v. 2, 2009.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1996.

WAGNE, A. et al. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 75-80, jan./jun. 2002.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for Theory construction in nursing**. 5. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall, 2011.

WEELDENA, et al. Alcohol, smoking and illicit drug use in pediatric systemic lupus erythematosus patients. **Revista Brasileira de reumatologia**. v. 56, n. 3, p. 228–234, 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WHO, World Health Organization. **Young People´s Health - a Challenge for Society**: Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: WHO, 1986.

WILLFORD, J. A. et al. Verbal and Visuospatial Learning and Memory Function in Children With Moderate Prenatal Alcohol Exposure. **Alcoholism: clinical and experimental research**. v. 28, n. 3, p. 497–507, 2004.

WILLIAMS, P. L. et al. Puberal Onset em crianças infectadas pelo HIV na era da Combinação Tratamento Anti-retroviral. **Auxilia**. v. 27, n. 12, p. 1959-1970, 2013.

WOJTOWICZ, A. A.; BANEZ, G. A. Adolescents with chronic pain and associated functional disability: A descriptive analysis. **Journal of Child Health Care**. v. 19, n. 4, p.478–484, 2015.

YAMAGUCHI, E. T. et al., Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clín.** v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Protocolo da revisão integrativa.

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Tema: Análise do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes.	
1) Objetivo: Identificar o conhecimento produzido na literatura acerca dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes nos domínios cognitivo, psicossocial e bio-social (maturacional).	
2) Questões norteadoras	
<ul style="list-style-type: none"> ● Quais são os atributos do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes? ● Quais são os antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes? ● Quais são as definições conceituais e operacionais para os antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes? 	
3) Estratégias para a busca dos artigos	
3.1 Base de dados	
<ul style="list-style-type: none"> ● Base de dados 01: CINAHL (<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>). ● Base de dados 02: SCOPUS. ● Base de dados 03: PUBMED (<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>). ● Base de dados 04: LILACS (<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>) ● Base de dados 05: Web of Science. ● Base de dados 06: Science Direct. ● Periódico Journal of Human Growth and Development 	
3.2 Descritores e sinónimas	
3.2.1 DeCS/ MeSH	
1 - Developmental Disabilities	Desordens nas quais existe um atraso no desenvolvimento baseado em que o esperado para um dado nível da idade ou da fase de desenvolvimento. Estas deficiências ou incapacidades originam antes dos 18 anos, podem ser esperados para continuar indefinidamente, e constitui um prejuízo substancial. Fatores biológicos e não biológicos estão envolvidos nessas doenças.
2 - Growth and Development	Conjunto de alterações de forma, tamanho, componentes e funções de um determinado organismo ao longo

	do tempo, à medida que o organismo evolui de sua forma inicial até seu tamanho definitivo e maturidade.
3 - Adolescent	Pessoa com 13 a 18 anos de idade
3.2.1 Palavras-Chave	
4 - Desenvolvimento psicossocial	
5 - Desenvolvimento cognitivo	
6 - Desenvolvimento físico	
7 - Maturação sexual	
8 - Atraso	
9 - Atraso na puberdade	
3.3 Cruzamentos	
Cruzamento 01: Delay AND Growth and Development AND Adolescent ;	
Cruzamento 02: Developmental Disabilities AND Adolescent ;	
Cruzamento 03: Delay AND cognitive development AND adolescent	
Cruzamento 04: Delay AND physical development AND adolescent	
Cruzamento 05: Delay AND psychosocial development AND adolescent	
Cruzamento 06: Delay AND Adolescent AND maturational development OR sexual maturation	
Cruzamento 07: Pubertal delay AND Adolescent	
Obs.: Para os descritos indexados Decs/MeSH adotar-se-á critérios de controle de busca para melhor representar esses termos nos estudos disponíveis.	
4) Seleção dos estudos: leitura flutuante.	
4.1 Critérios de inclusão:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Artigos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas; ● Artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; ● Estudos que abordem o conceito Atraso no desenvolvimento a ser analisado. 	
4.2 Critérios de exclusão:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Editoriais; ● Cartas ao editor; ● Resumos; ● Revisões ● Opinião de especialistas. 	
4.3 Teste de relevância	
Código do artigo ()	Resposta
1. Questões norteadoras:	
1.1 Quais são os atributos do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?	
1.2 Quais são os antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?	

1.3 Quais são as definições conceituais e operacionais dos antecedentes e consequentes do conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes?	
2. Critério de inclusão:	
2.1 Artigos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas;	
2.2 Artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol;	
2.3 Busca secundária através da bibliografia dos artigos selecionados na RI;	
3. Critérios de exclusão:	
3.1 Editoriais;	
3.2 Revisões;	
3.3 Cartas ao editor;	
3.4 Resumos;	
3.5 Opinião de especialistas.	
5) Avaliação dos estudos incluídos	
<ul style="list-style-type: none"> • Leitura profunda dos estudos selecionados, com vistas a selecionar os dados a serem extraídos dos estudos. 	
6) Estratégia para a extração de dados dos estudos	
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento com dados sobre a caracterização do estudo e dados sobre os atributos, antecedentes e consequentes, definições conceituais e operacionais referentes ao conceito Atraso no desenvolvimento em adolescentes, contidos em cada artigo (APÊNDICE B). 	
7) Estratégia para a análise/interpretação e síntese dos dados	
<ul style="list-style-type: none"> • Análise de conceito proposta por Walker e Avant (2011). • Construção de quadro sinóptico com a síntese da caracterização dos estudos selecionados; • Construção de quadro sinóptico com a síntese dos itens: definição do conceito Atraso no desenvolvimento, os antecedentes e consequentes extraídos da literatura e suas definições conceituais e operacionais (APÊNDICE B). 	

APÊNDICE B: Instrumento para coleta de dados dos artigos.

Código do artigo ()	
1. REFERÊNCIA:	
Local de publicação:	Idioma:
Ano de publicação:	Cenário do estudo:
Temática do estudo:	Nível de evidência:
Faixa etária dos envolvidos:	
2. OBJETIVOS PROPOSTOS:	
3. METODO:	
4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS QUANTO AO NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	
5. ATRIBUTOS:	
6. ANTECEDENTES:	
7. CONSEQUENTES:	
8. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E CONCEITUAIS:	

APÊNDICE C: Apresentação dos atributos do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.

Atributo	Termos	Referências
Biossocial		
Atraso puberal	Desenvolvimento físico e sexual prejudicado Imaturidade sexual Baixa estatura	AINA et al., 2010 CHULANI; GORDON, 2014 DAVIS et al., 2015 FERRON, 1997 FRIEDMAN et al., 2009 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 KRAINZ; HANNA; LAFRANCHI, 1987 LINDFORS et al., 2007 MOTHI et al., 2012 NORTHAM et al., 2011 POZO; ARGENTE, 2003 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 WILLIAMS et al., 2013
Cognitivo		
Déficit cognitivo	Baixo desempenho escolar Desatenção Deficiência intelectual	CALDÚ et al., 2006 CHEN et al., 2013 CORNELIUS et al., 2012 EKEUS et al., 2010 FAGERLUND et al., 2012 FROLLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GEORGSDOTTIR et al., 2012 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 GREEN et al., 2009 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 LORI et al., 2011 LUU et al., 2011 MARTINEZ; ALLGROVE; CÉREBRO, 2010 MASI; BROVENANDI, 1999 MCNICHOLAS et al., 2014 MILLS et al., 2010 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 NEWACHECK; STODDARD, 1994 NORTHAM et al., 2011 ODD et al., 2007 PIETILÄ et al., 2012 PRATT; GREYDANUS, 2007 RHEIN et al., 2011 SHEVELL, 2008

		SPENCER-SMITH et al., 2011 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WILLFORD et al., 2004 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Psicossocial		
Déficit comportamental	Comunicação Habilidades da vida diária e socialização Impulsividade Dependência	AINA et al., 2010 CALDÚ et al., 2006 CORNELIUS et al., 2012 FAGERLUND et al., 2012 FRIEDMAN et al., 2009 FROLLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 HALFON; LARSON; SLUSSER, 2013 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 LINDFORS et al., 2007 MACKNER; VANNATTA; CRANDALL, 2012 MARTINEZ; ALLGROVE; CÉREBRO, 2010 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 NEWACHECK; STODDARD, 1994 PITZER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2003 POZOA; ARGENTE, 2003 ROBINSON, 2006 SPENCER-SMITH et al., 2011 WILLIAMS et al., 2013

APÊNDICE D: Apresentação dos antecedentes do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.

Atraso no desenvolvimento em adolescentes		
Antecedente	Termo	Referência
Doença crônica	Anemia Artrite idiopática juvenil (AIJ) DM Esclerose múltipla (EM) Espinha bífida HIV Doença inflamatória intestinal - DII	AINA et al., 2010 BADRI et al., 2014 CHULANI; GORDON, 2014 DAVIS et al., 2015 FRIEDMAN et al., 2009 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 KRAINZ; HANNA; LAFRANCHI, 1987 LORI et al., 2011 MACKNER; VANNATTA; CRANDALL, 2012 MARTINEZ; ALLGROVE; CÉREBRO, 2010 MASI; BROVENANDI, 1999 MOTHI et al., 2012 NEWACHECK; STODDARD, 1994 PIETILÄ et al., 2012 POZOA; ARGENTE, 2003 ROHRER et al., 2007 WILLIAMS et al., 2013
Obesidade	Obesidade	PRATT; GREYDANUS, 2007 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 VILLANUEVA; ARGENTE, 2014
Distúrbios ou Condições genéticas	Anomalias anatômicas Síndrome de Turner Síndrome do X-frágil Doença cardíaca congênita Síndrome do X frágil, síndrome de Down, certas infecções [como congênita por citomegalovírus]);	BADRI et al., 2014 EKEUS et al., 2010 FROLLI; PISCOPO; CONSON, 2015 KRAINZ; HANNA; LAFRANCHI, 1987 MASI; BROVENANDI, 1999 PRATT; GREYDANUS, 2007 SHEVELL, 2008

	Síndrome de Cri-du-chat ou síndrome de Prader-Willi, síndrome alcoólica fetal [FAS]	
Exposição a substâncias tóxicas	Cádmio (Cd) Chumbo	BADRI et al., 2014 INTERDONATO et al., 2015 NAICKER et al., 2010
Efeitos indesejável de terapias	Terapia antirretroviral (HIV) Corticosteroides	BADRI et al., 2014 POZO; ARGENTE, 2002 SZUBERT et al., 2015
Privação emocional	Privação psicossocial precoce grave (transtorno de apego, a remoção da casa da família), Solidão	BADRI et al., 2014 MASI; BROVENANDI, 1999 SHEVELL, 2008
Desnutrição	Desnutrição Deficiência de ferro	BADRI et al., 2014 CHEN et al., 2013 CHULANI; GORDON, 2014 DAVIS et al., 2015 DU et al., 2003 GEORGSDOTTIR et al., 2012 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 MARTINEZ; ALLGROVE; CÉREBRO, 2010 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2002 ROBINSON, 2006 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 SZUBERT et al., 2015
Abuso de substâncias psicotrópicas	PCSE teratológicos (cigarros) Álcool e drogas ilícitas	CORNELIUS et al., 2012 DAVIS et al., 2015 MOTHI et al., 2012 PITZER et al., 2010
Ambiente familiar desfavorável	Fatores familiares Ambiente adverso criação (pais com uso de álcool, ou outras drogas e maltrato)	AINA et al., 2010 CORNELIUS et al., 2012 DAVIS et al., 2015 EKEUS et al., 2010 FAGERLUND et al., 2012

	Problemas familiares não resolvidos Baixo nível socioeconômico	LUU et al., 2011 MCNICHOLAS et al., 2014 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 NORTHAM et al., 2011 PITZER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2002 ROHRER et al., 2007 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 MILLS et al., 2010 SZUBERT et al., 2015 VILLANUEVA; ARGENTE, 2014 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Não adaptação/aceitação às transformações corporais da puberdade	Não aceitação da representação interna do corpo Problemas dermatológicos	FERRON, 1997
Trauma físicos	Cicatrizes visíveis e deformidades	GEORGSDOTTIR et al., 2012
Condições obstétricas maternas ou neonatais (Má condição no nascimento; Prematuridade; Baixo peso ao nascer; Gravidez precoce; Stress pré-natal materna)	Fatores maternos Exposição a uma toxina pré-natal (teratógenos) Exposição à fumaça do cigarro pré-natal (PCSE) Exposição pré-natal ao álcool Exposição a uma toxina pré-natal (ou seja, o álcool ou a múltiplas drogas). Hipóxia perinatal leve Apgar baixos Ressuscitação Asfixia intra-parto	CALDÚ et al., 2006 CORNELIUS et al., 2012 EKEUS et al., 2010 FAGERLUND et al., 2012 GEORGSDOTTIR et al., 2012 GREEN et al., 2009 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 LUU et al., 2011 MCNICHOLAS et al., 2014 NORTHAM et al., 2011 ODD et al., 2007 PITZER et al., 2010 PRATT; GREYDANUS, 2007 RHEIN et al., 2011 SHEVELL, 2008 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WILLFORD et al., 2004
Lesão cerebral	(1) congênita; (2) Perinatal; (3) Infância; (4) pré-escolar; (5)	PRATT; GREYDANUS, 2007

	Middle Infância; (6) Infância tarde	SPENCER-SMITH et al., 2011
Dor crônica		WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Infecções	Meningite HIV	PRATT; GREYDANUS, 2007 WILLIAMS et al., 2013

APÊNDICE E: Apresentação dos antecedentes do conceito atraso no desenvolvimento em adolescentes.

Domínio Biossocial		
Antecedente	Termo	Referência
Baixa autoestima		AINA et al., 2010 FERRON, 1997 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 MASI; BROVENANDI, 1999 POZO; ARGENTE, 2003 ROBINSON, 2006
Maturação sexual alterada	Tanner desproporcional a idade Maturação sexual retardada	DAVIS et al., 2015 DU et al., 2003 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 INTERDONATO et al., 2015 LINDFORS et al., 2007 NAICKER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2003 ROHRER et al., 2007 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 SZUBERT et al., 2015
Dificuldades de adaptação sociais		FERRON, 1997
Insatisfação com a própria imagem		GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 MASI; BROVENANDI, 1999 MOTHI et al., 2012 ROBINSON, 2006
Atraso constitucional do crescimento e maturação		KRAINZ; HANNA; LAFRANCHI, 1987 SEDLMEYER; PALMERT, 2002
Domínio Cognitivo		
Comunicação verbal prejudicada		CALDÚ et al., 2006 CHEN et al., 2013 FAGERLUND et al., 2012 FROLLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GREEN et al., 2009 LORI et al., 2011

		MCNICHOLAS et al., 2014 PRATT; GREYDANUS, 2007
Atividade de vida diária prejudicado		FAGERLUND et al., 2012 GREEN et al., 2009 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 PRATT; GREYDANUS, 2007 WILLFORD et al., 2004
Baixo desempenho escolar	Escores baixos de QI Negligência Menor capacidade de leitura e de raciocínio perceptual, raciocínio abstrato	CALDÚ et al., 2006 CHEN et al., 2013 CORNELIUS et al., 2012 EKEUS et al., 2010 FAGERLUND et al., 2012 FROLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GEORGSDOTTIR et al., 2012 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 LORI et al., 2011 MASI; BROVENANDI, 1999 MCNICHOLAS et al., 2014 MILLS et al., 2010 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 NEWACHECK; STODDARD, 1994 NORTHAM et al., 2011 PIETILÄ et al., 2012 POZO; ARGENTE, 2003 PRATT; GREYDANUS, 2007 RHEIN et al., 2011 ROBINSON, 2006 SHEVELL, 2008 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WILLFORD et al., 2004
Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH)		CHEN et al., 2013

		<p>CORNELIUS et al., 2012 FROLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 MASI; BROVENANDI, 1999 MOTHI et al., 2012 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015</p>
Déficit de função executiva		<p>GREEN et al., 2009 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 RHEIN et al., 2011 SHEVELL, 2008 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012</p>
Domínio psicossocial		
Comportamento de internalização		<p>AINA et al., 2010 CORNELIUS et al., 2012 FRIEDMAN et al., 2009 FROLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GEORGSDOTTIR et al., 2012 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 HALFON; LARSON; SLUSSER, 2013 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 LINDFORS et al., 2007 MACKNER; VANNATTA; CRANDALL, 2012 MASI; BROVENANDI, 1999 MOTHI et al., 2012 NAICKER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2003 ROBINSON, 2006</p>

		SHEVELL, 2008 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WILLIAMS et al., 2013 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Identidade altera	Perturbação do senso de si	FERRON, 1997 MASI; BROVENANDI, 1999
Transtornos alimentares	Bulimia Anorexia nervosa	FERRON, 1997 MCNICHOLAS et al., 2014 ROBINSON, 2006 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Estilo de enfrentamento passivo ou dependente		FRIEDMAN et al., 2009 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015
Marginalização social	Antissocial Participação em atividades sociais, envolvimento Inclusão parcial ou completa exclusão das atividades sociais e redes Dificuldade em fazer amigos,	ATT; GREYDANUS, 2007 CHEN et al., 2013 CORNELIUS et al., 2012 FAGERLUND et al., 2012 FROLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 LINDFORS et al., 2007 MACKNER; VANNATTA; CRANDALL, 2012 MASI; BROVENANDI, 1999 NAICKER et al., 2010 NEWACHECK; STODDARD, 1994 PITZER et al., 2010 ROBINSON, 2006 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012
Dificuldades de expressar emoções		GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 HALFON; LARSON; SLUSSER, 2013 MOTHI et al., 2012

		NEWACHECK; STODDARD, 1994 PIETILÄ et al., 2012 POZO; ARGENTE, 2002
Insegurança emocional		GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 MASI; BROVENANDI, 1999 MASI; BROVENANDI, 1999
Comportamento de externalização (comportamento delinquente,		CHEN et al., 2013 CORNELIUS et al., 2012 FAGERLUND et al., 2012 FROLI; PISCOPO; CONSON, 2015 GREEN et al., 2009 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 HSU; DORN; SEREIKA, 2010 MOTHI et al., 2012 PITZER et al., 2010 POZO; ARGENTE, 2003 SEDLMEYER; PALMERT, 2002 SPENCER-SMITH et al., 2011 SULLIVAN; MSALL; MILLER, 2012 WILLFORD et al., 2004 WOJTOWICZ, BANEZ, 2015 FAGERLUND et al., 2012 FERRON, 1997 GRUNAU, WHITFIELD, FAY, 2004 HALFON; LARSON; SLUSSER, 2013 NAICKER et al., 2010 ROBINSON, 2006