



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES**

RECIFE

2023

CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima

RECIFE

2023

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas,
CRB4:1790

S237

Santos, Cibelle Nayara Sena dos

Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de sufocação em pré-escolares / Cibelle Nayara Sena dos Santos. – 2023.
126 p. : il.

Orientadora: Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais.

Coorientadora: Ana Paula Esmeraldo Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Educação em saúde. 3. Estudo de validação. 4. Criança. 5. Sufocação I. Morais, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos (orientadora). II. Lima, Ana Paula Esmeraldo (coorientadora). III. Título.

616.73 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS 2024 - 039)

CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: 01/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia (Examinadora Externa)

Universidade Federal do Piauí

A **Deus**, por todo cuidado e por ser fonte de fé e determinação em minha trajetória acadêmica, me fortalecendo a cada fase concluída.

A minha mãe **Marizene Santos**, por todo apoio desde o princípio, essa conquista é nossa.

Ao meu esposo **George Santos**, pelo companheirismo nesta vida, me incentivando a atingir os objetivos e nesta fase não seria diferente, cursar o mestrado foi um desafio para ambos, pois você sempre esteve nos bastidores me incentivando e sendo parceiro em cuidar de nosso filho Caleb.

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho **Caleb**, por me permitir vivenciar a maternidade, por mais que seja desafiadora, me fortaleceu a seguir com determinação e otimismo, termino essa etapa em minha vida e nunca será esquecida, pois quando iniciei o mestrado em março de 2021, foi o mesmo mês que soube que estava grávida, foi um momento singular e que me fez repensar em continuar o mestrado. Diante esta situação, permaneci mesmo assim me dedicando à vida acadêmica e quando Caleb nasceu outros desafios surgiram, porém consegui qualificar e hoje defender essa dissertação. Esse título é nosso meu filho, você esteve sempre comigo nessa trajetória.

À minha orientadora **Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes**, pelo acolhimento desde o início, compreensão, conselhos, contribuição e pela partilha do saber. Ser sua orientanda me fez despertar a sabedoria de ser espelho para o outro, pois com seu jeito singular, compreensivo e humano me fortaleceu nessa trajetória. Realizar esse estudo foi um desafio para mim. A cada orientação individual, me fez leve e isso me encorajava a seguir firme e confiante no processo, porque o propósito chegaria. Grata a Deus por colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, e pode ter certeza que a senhora foi uma delas.

À minha coorientadora **Profa. Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima**, pelas contribuições e sugestões para o aperfeiçoamento da pesquisa. Obrigada por somar e dedicar a construir meu trabalho.

À minha dupla do mestrado **Nycarla Bezerra**, uma pessoa humilde e de luz, que sempre me apoiou e me encorajou a seguir. Tê-la nessa etapa da vida, me fez ter certeza que Deus sempre coloca pessoas maravilhosas em meu trilhar. Sou grata por todo conselho, escuta e parceria.

À doutoranda, **Ryanne Gomes**, por ser referência em atender meus questionamentos e dúvidas. Grata pela atenção e sugestões que agregaram ao meu trabalho.

Aos meus **amigos de turma**, especialmente Ingrid Andrade e Rafaela Tenório por todo apoio e ajuda na temática, pois também realizaram estudo sobre Validação de Diagnóstico de Enfermagem e com isso houve a troca de experiência e esclarecimento das etapas. Assim como, ao meu grupo de seminários pelo apoio e por tornar o caminho mais leve.

Aos **professores e coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE**, pelo compromisso e qualidade na formação profissional e acadêmica dos discentes. Obrigada pela acolhida, mesmo não ter tido minha formação de base nesta casa, me senti abraçada por todos que fazem parte do corpo docente e coordenação do Programa.

Às professoras da banca de qualificação: **Profa. Dra. Maria Wanderleya, Profa. Dra.**

Jaqueline Perrelli, Profa. Dra. Vilma Macedo, pelas contribuições e sugestões pertinentes e colaborativas para aprimorar o meu trabalho.

Às professoras da pré-banca de defesa de dissertação: **Profa. Dra. Maria Wanderleya**, por mais uma vez realizar colocações e contribuir com essa etapa final, **Profa. Dra. Suzana Manguiera**, pela correção e sua experiência com estudos de validação de diagnóstico de enfermagem contribuiu para o aperfeiçoamento da dissertação, **Profa. Dra. Márcia Teles**, a sua experiência em saúde da criança veio a contribuir com a minha pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Marcos Lopes**, por ter ajudado na parte estatística, com sua propriedade e expertise na temática.

Aos **juízes** por terem participado e colaborado com a pesquisa, e principalmente com a enfermagem ressaltando o compromisso em fortalecer nossa profissão.

Esta dissertação é resultado de um processo de muita determinação e otimismo, confiante que todo processo há um propósito. Poder contribuir para o exercício da enfermagem é muito gratificante. E as pessoas que não foram mencionados, mas que contribuíram com minha trajetória no mestrado, minha gratidão.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher” (Carolina, 1965).

RESUMO

O estudo teve como objetivo validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação” em pré-escolares no ambiente de educação infantil. Trata-se de uma pesquisa metodológica, realizada em duas etapas: validade teórico-causal e a validação de conteúdo por juízes. Para a primeira etapa, foi realizada a construção de uma Teoria de Médio Alcance por meio da identificação dos elementos (atributos críticos e antecedentes), definições conceituais e operacionais, a realização do pictograma, proposições e relações causais. Essa etapa foi ancorada pelo modelo teórico de Dorothea Orem. A análise de conceito foi fundamentada pelo método de Walker e Avant, operacionalizada diante revisão integrativa da literatura, em oito passos: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais, construção de um caso modelo, desenvolvimento de outros casos, identificação de antecedentes e consequentes do conceito e definição de referências empíricas para os atributos essenciais. A busca se deu nas bases de dados: Pubmed Central (PMC), MEDLINE, CINAHL, LILACS, Scopus e BDNF, com os descritores “*Fatores de risco*”, “*sufocação*”, “*pré-escolar*”, “*educação em saúde*”, “*Profissionais de enfermagem pediátrica*” e suas respectivas traduções nos idiomas português e inglês no período de 2018 a 2022. A amostra foi composta por 12 artigos e foi possível identificar oito atributos, oito fatores de risco e três populações em risco. Foi possível sugerir a revisão da definição, fatores de risco e inclusão das populações em risco do diagnóstico, com finalidade de contribuir com a NANDA-I atualizando o Diagnóstico de Enfermagem. Utilizou-se de livros e artigos acerca da temática para construir as definições conceituais e operacionais que embasaram o pictograma, as proposições e relações de causalidade. A segunda etapa, foi realizada com 48 enfermeiros juizes por meio da abordagem da sabedoria coletiva. Consistiu na validação de conteúdo dos indicadores diagnósticos quanto à definição, atributos, fatores de risco e populações em risco a fim de propor educação em saúde na identificação dos riscos e assim planejar a prevenção, a partir da Teoria de Médio Alcance. Foi adotado o Intervalo de Confiança do Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,8$ para adequação dos itens avaliados. Dentre as definições sugeridas, elaboradas a partir dos atributos críticos encontrados na literatura, a que mais se aproximou ao diagnóstico em questão foi acatada. Já os oito fatores de risco apresentados, seis foram considerados válidos, destes alguns foram renomeados e acrescentado mais um fator, resultando sete. Além disso, o estudo pode contribuir com a inserção de três populações em risco, conforme identificado na literatura e validação por juízes. Espera-se que este estudo possa subsidiar o enfermeiro em sua prática assistencial na

identificação do risco em estudo e contribuir com a NANDA-I em sua atualização.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; educação em saúde; estudo de validação; criança; sufocação.

ABSTRACT

The study aimed to validate the content of the nursing diagnosis “Risk of Suffocation” in preschoolers in the early childhood education environment. This is methodological research, carried out in two stages: theoretical-causal validity and content validation by judges. For the first stage, the construction of a Medium Range Theory was carried out through the identification of elements (critical attributes and antecedents), conceptual and operational definitions, the realization of the pictogram, propositions and causal relationships. This stage was anchored by the theoretical model of Dorothea Orem. Concept analysis was based on the Walker and Avant method, operationalized through an integrative literature review, in eight steps: concept selection, experience of the conceptual analysis objectives, identification of possible uses of the concept, acquired critical or essential attributes, construction of a model case, development of other cases, identification of antecedents and consequences of the concept and definition of empirical references for the essential attributes. The search was carried out in the databases: Pubmed Central (PMC), MEDLINE, CINAHL, LILACS, Scopus and BDENF, with the descriptors "Risk factors", "suffocation", "pre-school", "health education", “Pediatric nursing professionals” and their respective translations in Portuguese and English from 2018 to 2022. The sample consisted of 12 articles and it was possible to identify eight attributes, eight risk factors and three at risk. It was possible to suggest a revision of the definition, risk factors and inclusion of possibilities at risk of the diagnosis, with the purpose of contributing to NANDA-I by updating the Nursing Diagnosis. Books and articles on the subject were used to build the conceptual and operational definitions that supported the pictogram, propositions and causal relationships. The second stage was performed with 48 judge nurses through the collective wisdom approach. It consisted of validating the content of the diagnostic indicators regarding definition, attributes, risk factors and those included in risk in order to propose health education in the identification of risks and thus plan prevention, based on the Medium Range Theory. The Content Validity Index Confidence Interval ≥ 0.8 was adopted for satisfaction of the evaluated items. Among the suggested definitions, elaborated from the criteria found in the literature, the one that came closest to the diagnosis in question was accepted. As for the eight risk factors presented, six were considered valid, of which some were renamed and one more factor was added, there were seven. In addition, the study can contribute to the insertion of three children at risk, as identified in the literature and validation by judges. It is hoped that this study can support nurses in their care practice in identifying the risk under study and contribute to updating NANDA-I.

Keywords: Nursing Diagnosis; health education; validation study; child; suffocation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo da primeira etapa da pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2022.....	38
Figura 2 - Fluxograma da seleção dos estudos da revisão integrativa segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Recife, Pernambuco, 2022.....	41
Figura 3 - Síntese das alterações dos antecedentes após a análise de conceito. Recife-PE, 2023.....	55
Figura 4 - Pictograma demonstrativo da inter-relação dos Fatores de Risco, População em Risco e Teoria de Médio Alcance. Recife/PE, Brasil, 2023.....	62
Figura 5 – Conceitos inter-relacionados encontrados na Literatura.....	69

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Classificação do nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt. Recife, Pernambuco, 2022.....42
- Quadro 2** - Escala tipo Likert para verificação da adequação de características definidoras e definições conceituais e operacionais para validação de um DE.....48
- Quadro 3** - Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo autores, ano/país de publicação, nível de evidência, atributos e antecedentes, 2022.....52
- Quadro 4** - Equivalência dos fatores antecedentes do diagnóstico de enfermagem “Risco de sufocação” encontrados na literatura com os elementos presentes na NANDA Internacional 2021 - 2023. Recife, Pernambuco, 2022.....54
- Quadro 5** - Definições conceituais e operacionais dos atributos do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.....56
- Quadro 6** - Definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.....57
- Quadro 7** - Definições conceituais e operacionais da população em risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.....58
- Quadro 8** - Relação entre os conceitos da TMA do DE Risco de sufocação em pré-escolares. Recife, PE, Brasil, 2023.....60
- Quadro 9** - Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife/PE, Brasil,

2023.....62

Quadro 10 - Relações causais dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife/PE, Brasil, 2023.....63

Quadro 11 - Proposta inicial e final dos componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação em pré-escolares, após avaliação dos juízes. Recife/PE, Brasil, 2023.....71

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009)45
- Tabela 2** - Distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação, idioma, país de publicação, área temática, nível de evidência. Recife, Pernambuco, 2022.....51
- Tabela 3** - Caracterização socio demográfica e profissional dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares (n=48). Recife, Pernambuco, 2023.....65
- Tabela 4** - Percentual de concordância dos juízes quanto à adequabilidade do rótulo, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares (n=48). Recife, Pernambuco, 2023.....68
- Tabela 5** - Índice de Validade de Conteúdo dos atributos do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife, 2023.....69
- Tabela 6** - Índice de Validade de Conteúdo dos fatores de risco do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife, 2023.....70
- Tabela 7** - Índice de Validade de Conteúdo das populações em risco do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em idade pré-escolares. Recife, 2023.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Aspiração por Corpo Estranho
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto de Medicina Legal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MEDLINE/PubMed	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NANDA-I	NANDA Internacional
OBS	Observação
OVACE	Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho
PE	Processo de Enfermagem
PSE	Programa Saúde na Escola
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses
RAYYAN QCRI	Rayyan Qatar Computing Research Institute
RI	Revisão Integrativa
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDAC	Teoria do Déficit do Autocuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance

UFPE

Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE SÍMBOLOS

n	Amostra final
n_0	Amostra inicial
p	Nível de significância
s	Desvio padrão
X	Tempo de prática (anos)
Y	Tempo de grupo de pesquisa (anos)
Z	Conhecimento científico
Z_1	Titulação
$Z_{1-\alpha/2}$	Nível de confiança
Z_2	Trabalho de titulação
Z_3	Produção científica
Σ	Somatório

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	26
3.1	RISCO DE SUFOCAÇÃO EM AMBIENTE PRÉ-ESCOLAR.....	26
3.2	ESTUDO DE VALIDAÇÃO EM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	28
3.3	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE (TMA) COMO MÉTODO ROBUSTO PARA VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	31
3.4	TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....	34
4	MATERIAIS E MÉTODOS	38
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2	PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	38
4.2.1	Revisão integrativa de literatura	39
4.3	SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES	43
4.3.1	População, amostra e amostragem	43
4.3.2	Critérios de inclusão e exclusão	44
4.3.3	Procedimento para coleta de dados	46
4.3.4	Instrumento de coleta de dados	47
4.3.5	Organização e análise de dados	48
4.3.6	Aspectos éticos	49
5	RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA	50
5.1	VALIDADE TEÓRICO CAUSAL - REVISÃO INTEGRATIVA	50
5.1.1	Identificação dos atributos e antecedentes do de risco de sufocação	52
5.1.2	Relação dos atributos, fatores antecedentes do diagnóstico risco de sufocação evidenciados na literatura com a taxonomia da NANDA-I	53
5.2	VALIDADE TEÓRICO CAUSAL - TMA - ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO.....	56
5.3	ELABORAÇÃO DO CASO MODELO E CASO CONTRÁRIO	59
5.4	DESENVOLVIMENTO DE UM ESQUEMA PICTORIAL DA TMA	61

5.5	CONSTRUÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA TMA	62
5.6	ESTABELECIMENTO DAS RELAÇÕES DE CAUSALIDADE E DE EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA	63
6	RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ- ESCOLARES.....	65
7	DISCUSSÃO	73
8	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA ANÁLISE DE CONCEITO	103
	APÊNDICE B – CARTA - CONVITE AOS ESPECIALISTAS	105
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	107
	APÊNDICE D– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (PARTE 1)	111
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (PARTE 2)	113
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	123

1 INTRODUÇÃO

O acidente por sufocamento é causado pela obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE) ou conteúdo alimentar e é classificado como parcial ou total. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), corpo estranho é qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades, que pode ser ingerido ou colocado pela criança nas narinas ou conduto auditivo, mas apresenta um risco maior quando aspirado para o pulmão. Esse tipo de acidente acomete em lactentes e crianças, com uma incidência de 50% das aspirações em crianças menores de quatro anos (SBP, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos, a Aspiração de Corpo Estranho (ACE) é a principal causa de morte acidental em crianças menores de seis anos, com estimada anual de 500 e 2.000 casos (SOUSA, 2009; VASCONCELOS, 2014). No Brasil, pesquisa realizada no Instituto de Medicina Legal (IML) na cidade do Recife (PE), encontrou no ano de 2012, registros de 106 óbitos de crianças de zero a nove anos de idade por obstrução de vias aéreas com maior predominância em menores de quatro anos (16%) (SILVA *et al.*, 2017).

Os grãos inseridos nas narinas e mais comumente aspirados na faixa etária de um a três anos são milho, feijão e amendoim, e quando aspira-se balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos, são causas de óbito imediato (SBP, 2014). O risco é maior nos lactentes, fase em que a criança leva objetos à boca, colocando-a em uma situação de risco de aspiração (YETIM *et al.*, 2012; ROMERO; REZENDE; MARTINS, 2016). Quanto mais jovem e imatura for a criança, menor sua percepção de risco e maior sua vulnerabilidade e dependência de terceiros em termos de segurança.

No geral, os pré-escolares dois a cinco anos de idade são vulneráveis para acidente por obstrução de vias aéreas, por apresentarem características próprias do seu desenvolvimento, como a imaturidade física e mental, a inexperiência, incapacidade para prever e evitar situações de perigo, comportamento exploratório do ambiente, dificuldade de coordenação motora, além de particularidades orgânicas ou anatômicas como a desproporção entre o crânio e o corpo, e das pequenas dimensões das vias aéreas superiores. Esses fatores podem predispor a acidentes mais específicos sujeito a situações de risco e vulnerabilidade relacionadas à sua integridade física (BRASIL, 2012).

Esse tipo de acidente é possível de ser evitado quando medidas de prevenção são implementadas e, entre elas, a informação sobre os riscos a que uma criança está exposta. Pesquisas sobre acidentes relacionados à OVACE mostram que a ocorrência ocorre no domicílio em 42,9% (AMARAL *et al.*, 2019). Outro espaço que comumente ocorre este

acidente é no ambiente de educação infantil, como por exemplo a pré-escola, por ser um dos ambientes mais frequentados e que as crianças passam determinado tempo do dia, enquanto seus pais ou responsáveis estudam e/ou trabalham (FERNANDES *et al.*, 2019; BRITO, 2020).

Dessa forma, torna-se necessário ações de educação em saúde em ambientes da pré-escola, no sentido de ampliar o cuidado e a vigilância para acidentes na primeira infância e contribuir com a educação em saúde para os cuidadores de crianças (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013). Assim, a participação dos pais, cuidadores e responsáveis em ações educativas sobre riscos, sinais e sintomas de engasgamento ou de obstrução de vias aéreas das crianças, bem como o conhecimento e capacitação quanto aos primeiros socorros são fundamentais (GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2015; JONGE *et al.*, 2020).

A educação em saúde permite um processo de construção de conhecimentos em saúde como finalidade de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, com o propósito de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006; FALKENBERG *et al.*, 2014). Estratégias de educação em saúde devem ser adotadas pelos enfermeiros por meio do ensino do autocuidado e aquisição de novos comportamentos e hábitos fundamentais em relação ao ambiente seguro (SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

A atuação do enfermeiro na promoção do déficit de autocuidado, poderá afetar positivamente na prevenção de situações de risco no cenário da pré-escola, a partir de orientações sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como os cuidados necessários para cada fase em que a criança poderá se encontrar (SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011).

Nessa perspectiva, o enfermeiro, ao lançar mão do raciocínio clínico, busca evidências que sinalizem necessidades de autocuidado. Dentre essas necessidades, a identificação de fatores de risco para sufocação no ambiente de educação infantil é primordial. Nas atribuições privativas do enfermeiro no processo de enfermagem, destaca-se a elaboração do diagnóstico de enfermagem, etapa fundamental para direcionar o planejamento e as intervenções de enfermagem com vistas a um resultado desejável (COFEN, 2009).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é resultado da coleta de dados, após a análise e síntese das informações. Pode ser nomeado a partir de uma sistema de linguagem padronizada como a taxonomia *NANDA International* (NANDA-I), que define DE como um julgamento clínico realizado pelo enfermeiro sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade”

(HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Um diagnóstico pode ser classificado com o foco no problema, direcionado para um risco potencial ou para um ponto positivo. Destaca-se neste estudo, o diagnóstico de risco é definido como “susceptibilidade de um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade ao desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processo de vida” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Diante do exposto, é relevante identificar no ambiente de educação infantil, o diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação (00036), definido pela taxonomia da NANDA-I como “susceptibilidade a disponibilidade inadequada de ar para inalação que pode comprometer a saúde”, que tem 16 fatores de risco e cinco condições associadas, para que se planeje um cuidado assertivo e preventivo a este grupo infantil.

Este DE foi aprovado na NANDA-I em 1980, revisado na versão 2013 e necessita de trabalhos adicionais para elevá-lo a um nível de evidência 2.1 ou superior, pois, caso contrário, será retirado na próxima edição de 2024-2026 da taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nessa perspectiva de validar um DE é necessário ressaltar as ações de promoção de saúde da criança, de modo que seja possível identificar necessidades relacionadas às fases de desenvolvimento e planejar ações que promovam a saúde (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013).

A educação em saúde deve ser desenvolvida na atuação do enfermeiro em diferentes cenários, inclusive no sistema escolar, com o Programa Saúde na Escola (PSE) contribuindo na prevenção de doenças, agravos, riscos e na promoção à saúde. Para a promoção da saúde, deve-se afastar o indivíduo dos riscos à sua saúde até que desenvolva a capacidade de identificar os perigos existentes e desviá-los (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2008).

Validar este fenômeno por meio da Teoria de Médio Alcance (TMA), tem a finalidade de desenvolver um gradiente teórico para reduzir a lacuna existente entre a teoria e a prática, além de ser um método recomendado e robusto para a validação de DE (LOPES; SILVA, 2016).

Desse modo, a construção da TMA, perpassa por um referencial teórico para embasar a explicação dos elementos e fenômenos relacionados à prática e à pesquisa no âmbito da enfermagem. Na presente pesquisa, a elaboração da TMA relacionada à validação do DE Risco de Sufocação em pré-escolares foi fundamentada na Teoria de Dorothea Orem (OREM, 1991).

No modelo conceitual de Orem, define-se o autocuidado como o desempenho de atividades que as pessoas executam em benefício próprio ou para alguém a fim de manter a

vida, a saúde e o bem-estar. Acredita-se que o uso deste referencial teórico, irá subsidiar um conhecimento em relação aos papéis dos responsáveis e cuidadores das crianças no ambiente de educação infantil por entender que as crianças são limitadas temporariamente nesta provisão do autocuidado (OREM, 1991; CASTRO *et al.*, 2012).

Apesar dos acidentes ocorrerem em ambiente domiciliar, foi despertado interesse de estudar como ocorrem os acidentes no ambiente de educação infantil, a pré-escola, tendo em vista que é o outro ambiente no qual os pré-escolares frequentam, enquanto seus responsáveis desempenham o compromisso social, como trabalhar, estudar e entre outros. Por meio desta realidade, houve a necessidade de se estudar como ocorre o risco de sufocação nesse ambiente.

Logo, a validação do conteúdo do DE Risco de Sufocação em pré-escolares contribuirá para a qualificação da assistência preventiva, por meio da educação em saúde, buscando na literatura científica subsídios para a prática profissional baseada em evidências. Diante da problemática, questiona-se: Qual a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em crianças na idade pré-escolar?

Os resultados desta pesquisa irão colaborar para perceptibilidade do DE Risco de Sufocação em pré-escolares, possibilitando ações de educação em saúde para promoção e prevenção do risco e consequentemente evitar casos de óbitos por acidentes evitáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares no ambiente de educação infantil a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma TMA sobre o Risco de Sufocação em pré-escolares no ambiente de educação infantil;
- Realizar a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação propostos pela NANDA-I;
- Verificar com juízes a relevância da estrutura diagnóstica construída (definição, fatores de risco, populações em risco) para o diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste item contextualiza-se temáticas sobre risco de sufocação em ambiente de educação infantil, estudo de validação em diagnóstico de enfermagem, validação do diagnóstico de enfermagem, TMA e Teoria de Dorothea Orem.

3.1 RISCO DE SUFOCAÇÃO EM AMBIENTE PRÉ-ESCOLAR

Uma das lesões não intencionais mais comuns que acontecem com crianças é a penetração de objetos por via oral, levando-as à sufocação. A sufocação, ou obstrução, ocorre em suas vias aéreas superiores (boca, garganta, esôfago e traqueia) por serem pequenas e, nessa fase, há uma tendência natural da criança em colocar objetos na boca. E pode resultar na dificuldade ou impossibilidade de respirar, gerando sinais e sintomas de acordo com o nível de obstrução. Nos lactentes menores de um ano de idade, o risco de sufocação é muito alto devido a sua falta de capacidade de escapar por si mesmos de uma situação de perigo, como por exemplo, travesseiro, cobertor e posição ventral. E nos maiores de um ano ocorre comumente devido à ingestão de corpos estranhos (FRANÇA, 2017).

No Brasil, são constatados mais de dois mil óbitos anualmente em menores de cinco anos por sufocação, tendo como causa a Aspiração por Corpo Estranho (ACE) (FRANÇA, 2017). Em crianças menores de cinco anos o reconhecimento de ACE nem sempre é fácil, é importante manter elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico. Sendo assim, deve-se considerar a hipótese de situações de dificuldade respiratória súbita diante do quadro clínico de: sibilância ou estridor, cianose, sinais de dificuldade respiratória, apneia, tosse, rouquidão ou assimetria na auscultação pulmonar (RODRIGUES, 2016). Outros dados clínicos que indicam falha no reflexo de fechamento da laringe são sinais e sintomas de náuseas, agitação dos membros, ausência de fala e, sobretudo, o movimento de levar as mãos à garganta (JONGE *et al.*, 2020).

A presença de riscos nesse grupo populacional, é de suma importância o diagnóstico precoce como principal forma de minimizar as mortes e sequelas (RODRIGUES, 2016). Em relação ao quadro clínico, é bastante variável de acordo com a forma, o tamanho, o tipo e a localização do corpo estranho. De uma forma geral, a apresentação clínica inclui história de engasgos, sufocamento ou tosse repentina, podendo surgir sibilos, estridor, tiragem ao exame físico. Entretanto, 40% dos pacientes podem não demonstrar claramente os sintomas no período inicial, o que pode gerar atraso no diagnóstico (SAHIN, 2013).

O risco de sufocação acomete pré-escolares tanto em ambiente domiciliar quanto na escola. A expressão “pré-escolar” era utilizada para as crianças que se encontravam fora da educação formal. Condizia uma etapa anterior, independente e preparatória para a escolarização, que só teria seu começo no Ensino Fundamental. Com a Constituição Federal de 1988, o atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a 6 anos de idade tornou-se dever do Estado (BRASIL, 2017).

Posteriormente, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, a Educação Infantil passa a ser parte integrante da Educação Básica, situando-se no mesmo patamar que o Ensino Fundamental e o Ensino Médio. E a partir da modificação introduzida na LDB em 2006, que antecipou o acesso ao Ensino Fundamental para os 6 anos de idade, a Educação Infantil passou a atender a faixa etária de zero a 5 anos, dividida de seguinte maneira: I – creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade; II – pré-escolas, para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade (BRASIL, 2017).

Entretanto, apesar de ser reconhecida como direito de todas as crianças e dever do Estado, a Educação Infantil passa a ser obrigatória para as crianças de 4 e 5 anos apenas com a Emenda Constitucional nº 59/200926, que determina a obrigatoriedade da Educação Básica incluída na LDB em 2013 (BRASIL, 2017).

Nesse cenário de educação infantil, a atuação do enfermeiro no Programa Saúde na Escola (PSE), oportuniza atuar de forma significativa por meio de ações de promoção da saúde nas fases de crescimento e desenvolvimento infantil, bem como orientações aos cuidadores, aos professores, quanto a um ambiente seguro sem risco de sufocação parcial ou total das vias aéreas (BARACAT, 2014; FERNANDES *et al.*, 2019; CARMO; CARVALHO, 2017).

Uma pesquisa realizada no Iraque, acerca do conhecimento e atitude de professores em uma escola primária com relação aos primeiros socorros 60,2% afirmaram que o atendimento foi prestado de forma imediata por eles frente à ocorrência de obstrução de vias aéreas (HASAN, 2016). E que esse tipo de acidente também foi identificado no ambiente de trabalho por auxiliares e pedagogos em outras faixas etárias, em crianças de até 12 anos. Entretanto, ressaltase que os acidentes domiciliares também estão entre os mais frequentes dos atendimentos de emergência na população infantojuvenil (GASPAR, 2012).

Assim, o conhecimento dos pais, professores e cuidadores sobre os sinais e sintomas de sufocamento são fundamentais para um direcionamento de atendimento imediato, visto que, os adultos serão referência para proteção da criança. No entanto, aproximadamente 50% das ACEs não são diagnosticadas nas primeiras 24 horas do evento, e constatou-se em pesquisas que muitos pais desconheciam sintomas clássicos de uma ACE. Esse achado é corroborado por um estudo

indiano que avaliou os conhecimentos dos adultos sobre ACE em crianças, em que 63 cuidadores de crianças, 46% não seria capaz de reconhecer esse tipo de acidente (FRAGA *et al.*, 2008; SINGH, 2010).

Diante do exposto, o enfermeiro com conhecimento sobre DE Risco de Sufocação em pré-escolares irá contribuir para a proposição de ações preventivas adequadas ao contexto local, consequentemente a qualificação dessa assistência preventiva no Programa Saúde na Escola (PSE).

3.2 ESTUDO DE VALIDAÇÃO EM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A organização do cuidado tem como finalidade identificar situações de saúde - doença pelo o qual a enfermagem é responsável, bem como subsidiar intervenções de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL *et al.*, 2009). A promoção de uma assistência holística, individualizada e mais qualificada ao indivíduo requer a identificação das necessidades e o eixo norteador é o diagnóstico de enfermagem (DE), que segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é uma das atividades privativas dentre as cinco etapas do processo de enfermagem (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem).

As etapas do processo de enfermagem estão inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes e inicia-se com a coleta de dados cuja finalidade é obter informações sobre a pessoa, família e coletividade humana quanto às suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença. A partir do agrupamento e interpretação dos dados clínicos, a etapa seguinte se refere ao diagnóstico de enfermagem que constitui a base para seleção das ações ou intervenções de enfermagem determinadas na etapa de planejamento (COFEN, 2009). Destaca-se nesta proposta de pesquisa, a etapa do diagnóstico de enfermagem que segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), é definido como “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária”. Cada diagnóstico apresenta componentes estruturais: o título, a definição, os fatores relacionados, fatores de risco e as características definidoras (NANDA, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I podem ter um foco direcionado para um problema, uma suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, para uma

resposta humana indesejável a uma condição de saúde ou no processo da vida, ou ainda, um DE de promoção de saúde e em um número limitado, um DE de síndrome (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A estrutura de um diagnóstico pela NANDA-I é construído por meio de um sistema multiaxial, composto por sete eixos inter-relacionados, sendo eles: Eixo 1 – foco do diagnóstico; Eixo 2 – sujeito do diagnóstico; Eixo 3 – julgamento; Eixo 4 – localização; Eixo 5 – idade; Eixo 6 – tempo; Eixo 7 – categoria do diagnóstico. ODE é constituído pela combinação de valores dos eixos 1 (o foco do diagnóstico), 2 (sujeito do diagnóstico) e 3 (julgamento), sendo acrescidos, quando necessários, os valores dos demais eixos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A versão atual da taxonomia da NANDA – I, 12ª edição (2021 - 2023), tem 267 DEs organizados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios compreendem “esferas de conhecimento”, e as classes, correspondem a agrupamentos que compartilham atributos comuns. Segundo a taxonomia, são 13 domínios: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação e troca; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Auto percepção; Papéis e relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/tolerância ao estresse; Princípios da vida; Segurança/proteção; Conforto; e Crescimento/desenvolvimento (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Para o presente estudo DE Risco de sufocação em pré-escolares, encontra-se no domínio 11 (segurança/proteção) e classe 2 (lesão física). Na estrutura multiaxial na Taxonomia II da NANDA-I, propõe-se o eixo 1 relacionado ao foco do diagnóstico, o eixo 2 ao sujeito do diagnóstico e eixo 3 direcionado para o julgamento.

O DE Risco de sufocação tem 16 fatores de risco, listados a seguir: Acesso a geladeira vazia / congelador, Disfunção cognitiva, Comer grandes bocados de comida, Perturbação emocional excessiva, Vazamento de gás, Conhecimento inadequado de segurança/precauções, Varal de corda baixa, Chupeta em volta do pescoço do bebê, Brincando com sacola plástica, Mamadeira apoiada no berço infantil, Pequeno objeto nas vias respiratórias, Fumar na cama, Superfície de sono macia, Sem vigilância na água, Aquecedor a combustível sem ventilação e Veículo circulando em garagem fechada.

Com relação às condições associadas de acordo com a NANDA-I (2021) são quatro: Função olfativa alterada; Doença do rosto / pescoço; Lesão no rosto / pescoço; Funcionamento motor prejudicado. Estas condições não limitam-se as características anatômicas e fisiológicas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021; TANNURE, 2008). Observa-se que há outras condições associadas o que exigiu a investigação dos fatores de risco, circunstâncias, influências são primordiais para este DE de sufocação em pré-escolares no ambiente de

educação infantil.

Diante deste contexto, validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares no ambiente de educação infantil a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA), tornou-se fundamental, no intuito de identificar precocemente os fatores de risco e assim, promover futuramente intervenções para um ambiente seguro e prevenir possíveis consequências irreversíveis.

Nesse contexto, a palavra validar, dentre outras significações, quer dizer legitimar e quando se reporta para enfermagem, significa, torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem. A validade refere-se à medida daquilo que se propõe a medir e sua exatidão ou precisão. Existem diferentes tipos de validade, que variam de acordo com o propósito do investigador e com o tipo de informação fornecida (CREASON, 2004).

Sendo assim, considera-se a necessidade de validar um diagnóstico de enfermagem, que por sua vez, representa a verdadeira condição, no cliente (indivíduo, família, comunidade), que requer intervenção de enfermagem. Através disso pode-se planejar intervenções mais adequadas à necessidade do cliente (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

A validação de um DE é composta por três fases: análise de conceito através de uma extensa revisão integrativa de literatura, a análise de conteúdo por especialistas (juízes) e a análise de acurácia dos indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Na fase de análise de conteúdo são descritos os atributos definidores (para a definição conceitual do diagnóstico), os antecedentes (fatores de risco, população em risco e condições associadas) e os consequentes (indicadores clínicos) de um conceito (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; FEHRING, 1987). Nesse sentido, são descritas as definições conceituais e operacionais de cada um dos elementos desses componentes, bem como exemplos de casos para caracterizar o conceito diagnóstico abordado. Importante salientar que o presente estudo aborda um diagnóstico de risco, e que por esta razão, este se restringiu na análise e revisão dos seguintes componentes: atributos definidores, para a definição conceitual do diagnóstico; e dos antecedentes, para definição dos fatores de risco, população em risco e condições associadas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

A análise de conteúdo por especialistas visa mensurar o grau de concordância destes com a pertinência das informações contidas na definição do DE, nas definições conceituais e operacionais dos seus componentes e também na possível inclusão/exclusão de algum item (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; FEHRING, 1987). Este estudo realizou as duas primeiras fases dessa validação, a análise de conceito através da abordagem de Teoria de Médio Alcance e a análise de conteúdo por juízes com base no modelo proposto por Lopes, Silva e Araújo

(2019).

Alguns pesquisadores têm relatado dificuldades em relação ao desenvolvimento da validação de conteúdo, principalmente no que corresponde a captação de juízes e os critérios de escolha destes, que parecem privilegiar a formação acadêmica e/ou experiência prática. Assim, a análise de conteúdo de um diagnóstico de enfermagem pode ter como base enfermeiros de prática clínica ou até mesmo acadêmicos com conhecimento teórico e de pesquisa sobre o diagnóstico em pauta.

Portanto, alguns estudiosos realizam adaptação na seleção dos juízes, incluindo a exigência de um período de experiência prática, mudança nas pontuações inicialmente propostas, acréscimo de outras características dos supostos juízes que indicariam maior aproximação com o tema ou mesmo a especificação de conhecimento, ou experiência prévia com determinado diagnóstico específico (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Nesse contexto, pesquisar fatores de risco em pré-escolares, encoraja estudos de validação subsidiando os cuidados a serem empregados na assistência de enfermagem. Além disso, quando o enfermeiro descreve a presença de um diagnóstico de risco, significa que o indivíduo/família e comunidade estão submersos a esta vulnerabilidade (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Desse modo, a proposta de pesquisa de validar o DE “Risco de Sufocação” em pré-escolares foi por meio de uma TMA fundamentada na Teoria de Dorothea Orem.

3.3 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE (TMA) COMO MÉTODO ROBUSTO PARA VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Estudos de validação de diagnósticos de enfermagem têm adotado novas abordagens, como a Teoria de Médio Alcance (TMA), com objetivo de desenvolver um gradiente teórico que permita identificar os elementos de risco de um diagnóstico e estabelecer as relações causais que explicam a ocorrência de um determinado fenômeno (LOPES; SILVA, 2016).

As TMAs possuem características de referenciais teóricos e metodológicos, fornecem uma forma prática dos enfermeiros se conectarem com as perspectivas filosóficas da disciplina na assistência e as aplicações da teoria à prática clínica (BRANDÃO *et al.*, 2017).

Conquanto são uma alternativa robusta e plausível para conjugar pesquisa- teoria-prática, com vista para o avanço do conhecimento de enfermagem (TONIN *et al.*, 2019). O desenvolvimento das TMA colabora para a construção da ciência de enfermagem, pois embasa um modelo conceitual próprio da disciplina, e busca explicar e descrever os elementos

relacionados à prática e a pesquisa da enfermagem.

A TMA é definida como um conjunto de ideias relacionadas e focalizadas em um fenômeno, com objetivo de reduzir a lacuna entre teoria e prática de enfermagem (LEANDRO *et al.*, 2020). Contribui para a união dos conceitos sobre um determinado fenômeno de enfermagem, inclui conceitos e proposições definidos empiricamente, de modo a viabilizar subsídios à pesquisa e a prática profissional.

Dessa forma, para a construção de uma TMA com foco na validação de DE, recomenda-se a realização de seis etapas, a saber: definição da abordagem de construção da teoria, definição dos conceitos principais (conceitos-chave), construção de um esquema pictorial, construção das proposições e, por último, o estabelecimento das relações de causalidade e a evidência para a prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Em relação aos tipos de TMA, são apresentados três tipos: descritiva, explicativa ou explanatória e a preditiva. A TMA descritiva corresponde à teoria mais básica, descrevendo e/ou classificando um fenômeno, podendo envolver apenas um conceito, apresentando as semelhanças pertinentes ao contexto no qual o fenômeno foi colocado. Já a segunda classificação, do tipo explicativa ou explanatória, são consideradas as relações existentes entre vários conceitos, apresentando justificativas e a forma como um conceito está associado a outro.

No que se refere as TMAs preditivas, terceiro tipo, são identificados os efeitos de um ou mais conceitos, a fim de descrever a forma como as mudanças ocorrem em um fenômeno, indo além das explicações prévias para as relações causais entre os conceitos. Para esse estudo, pretende-se realizar a TMA do tipo preditiva, por permitir descrever um conceito (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Para a realização da primeira etapa, existem três tipos de abordagens, a saber: derivação partindo de um modelo teórico específico; elaboração a partir de múltiplas abordagens conceituais; e revisões de estudos publicados (como as revisões integrativas da literatura), de forma que o embasamento teórico na perspectiva causal, contribua para o processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA, 2016).

Segundo Lopes e Silva (2016), a segunda e a terceira etapa correspondem à análise dos conceitos principais e secundários, que irá permitir o pensamento sobre a estrutura da TMA em construção, sendo importante existir congruência com o modelo teórico específico escolhido. Em relação à terceira etapa, os conceitos principais de uma teoria de médio alcance devem ser o mais discretos e observáveis possível, e sejam também generalizáveis para diferentes situações clínicas à mesma proporção do alcance da teoria (LOPES; SILVA, 2016).

Quanto à construção do esquema pictorial, correspondendo a quarta etapa, este deve

representar os conceitos fundamentais da teoria utilizando a estratégia *boxe* ou resumo gráfico de forma inter-relacionada, visando facilitar a compreensão das relações causais entre os conceitos que foram evidenciados a partir da revisão integrativa da literatura.

Na quinta e sexta etapas, os conceitos da teoria devem ser explicitados em enunciados ou proposições teóricas para fatores de risco devem demonstrar uma relação que antecede a ocorrência do diagnóstico e, preferencialmente, devem estabelecer uma hierarquia causal que permita identificar os seguintes fatores: primários – diretamente associados ao desenvolvimento do diagnóstico e representados por fatores biológicos ou psicossociais; secundários – capazes de potencializar o efeito dos fatores primários, geralmente representados por fatores ambientais e constitucionais; terciários – geralmente representados por fatores socioeconômicos (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Essas duas etapas finais representam os elementos norteadores para a implementação prática da TMA.

Em seguida a etapa de validação teórico-causal, construída a partir da TMA, deve ser realizada a validação de conteúdo, com o objetivo de verificar a relevância dos fatores risco e indicadores clínicos como componentes do DE, indicando as relações clínicas que permitam conduzir a um raciocínio e a um julgamento clínico lógico, assim como, a precisão das definições conceituais e operacionais desses elementos e a própria definição do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Quanto às proposições do diagnóstico de risco devem demonstrar uma relação que antecede a ocorrência do diagnóstico e, preferencialmente, devem estabelecer uma hierarquia causal que permita identificar os seguintes fatores: fatores de risco e predisponentes (levam a um aumento da suscetibilidade ao diagnóstico de enfermagem), incapacitantes (interferem na recuperação ou na promoção da saúde), precipitantes (representam fatores que iniciam a cadeia causal) e reforçadores (amplificam o efeito de uma condição clínica existente) (LOPES; SILVA, 2016).

Para avaliar a validade de conteúdo, é utilizada a abordagem da sabedoria coletiva na qual enfermeiros com diferentes níveis de expertise participam da avaliação, e as médias obtidas por meio do julgamento do grupo devem ser consideradas, visto que o julgamento coletivo resulta em uma avaliação mais assertiva, em relação aos julgamentos individuais (LOPES; SILVA, 2016).

A construção da TMA envolve etapas que foram descritas e neste estudo o modelo teórico adotado foi a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem como arcabouço para a TMA do DE Risco de sufocação.

3.4 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

As Teorias consistem em um conjunto de proposições, as quais formam um sistema dedutivo e inter-relacionado, pois ajudam a estimular a pesquisa e a extensão do conhecimento, fornecendo uma direção ao estudo. Assim, a teoria é um meio para interpretar, criticar e unificar leis estabelecidas, com intuito de adequá-las à sua formulação e para orientar a descobrir generalizações mais novas e amplas (POLIT, 2004).

O referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo fundamenta-se na Teoria de Enfermagem do autocuidado de Dorothea Orem, composta por três constructos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (FOSTER, 1997).

Essas três teorias têm seis conceitos centrais: autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistemas de enfermagem. E um conceito periférico: fatores condicionantes básicos. Esses conceitos auxiliam na compreensão da Teoria Geral de Enfermagem (OREM, 2001).

O primeiro conceito central, o autocuidado, é definido por Orem (2001) como a realização de ações que o indivíduo desempenha para si mesmo com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Ao realizar essas ações, o indivíduo auxilia na manutenção estrutural e funcional do organismo. Quando o autocuidado não é realizado, surgem doenças, condições patológicas e até mesmo a morte (SILVA; SOUSA; ARAÚJO, 2017; MENDES *et al.*, 2023).

Já o conceito, ação de autocuidado, é caracterizado pela capacidade humana ou pelo poder do indivíduo de se comprometer com o autocuidado. Essa capacidade pode ser afetada por alguns fatores condicionantes básicos (conceitos periféricos) (OREM, 2001).

Em relação aos conceitos periféricos abordados na teoria são aqueles direcionados: faixa etária, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, condições socioculturais, aspectos dos sistemas de atendimento de saúde (diagnósticos ou tratamentos), padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (OREM, 2001).

Quanto o conceito central, demanda terapêutica, refere-se ao total de ações de autocuidado a serem implementadas, em alguma duração, com a finalidade de alcançar as metas estabelecidas com a utilização uso de métodos e operações válidas. Essa demanda é delineada na ação deliberada, a qual é desempenhada no intuito de gerar eventos e resultados que beneficiem de maneira específica os indivíduos (OREM, 2001).

Para que haja a demanda terapêutica, Orem (2001) também aborda três elementos de

exigência, dimensões ou requisitos de autocuidado (ações direcionadas à provisão do autocuidado), os quais são: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio da saúde.

Os requisitos universais se relacionam ao processo da vida em todas as fases do desenvolvimento, à manutenção da estrutura do organismo e ao funcionamento do corpo humano. São comuns a todos os sujeitos e são fatores que se relacionam e se influenciam, pois cada fator pode afetar outro (OREM, 2001).

Esses requisitos são: a manutenção de uma ingestão suficiente de água e de alimentos; a manutenção da inspiração adequada a provisão de cuidados associados ao processo de eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, a solidão e a interação social; a prevenção dos prejuízos à vida do indivíduo, ao funcionamento e bem-estar do ser humano; e a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano (OREM, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento podem estar associados às condições ou aos eventos novos que ocasionam períodos de adaptação e podem retratar expressões dos requisitos universais de autocuidado como, por exemplo, a adaptação às modificações no corpo. Esses requisitos também estão associados ao processo de desenvolvimento humano e às condições que ocorrem durante vários estágios do ciclo da vida, a exemplo da gestação (OREM, 2001; FAWCETT, 2012).

E os requisitos dos desvios de saúde estão presentes e são exigidos quando há a demanda do autocuidado em situações de doença e de lesões ou pode ser consequência das necessidades impostas pelo médico para diagnosticar ou tratá-las. Esses são: o indivíduo deve buscar assistência adequada; estar consciente da sua condição clínica, da medida terapêutica imposta e dos efeitos e resultados das condições patológicas; atender às medidas terapêuticas, reabilitativas e diagnósticas prescritas; aceitar seu estado de saúde e a necessidade de assistência; e aprender a viver com os efeitos das condições ou do estado patológico, com as consequências do diagnóstico médico e com o tratamento (OREM, 2001).

O quarto conceito central, o déficit do autocuidado, é caracterizado quando o indivíduo não consegue realizar ações de autocuidado. Os cuidados de enfermagem podem ser necessários quando ocorre a redução dessas ações, quando medidas terapêuticas são incorporadas ou quando o indivíduo precisa se recuperar de condições de saúde/doenças (OREM, 2001).

A Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC) é a segunda teoria do grande constructo e representa a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, pode ser evidenciado quando a demanda de autocuidado é superior à capacidade de se autocuidar, no que se refere à higienização do corpo, eliminações, até mesmo a prevenção de riscos. Entretanto as limitações

das pessoas para executarem cuidados, que visem à manutenção da vida, da saúde e do bem estar, estão associadas às suas subjetividades e limitações de ações, que os tornam total ou parcialmente inaptos para agenciar o cuidado tanto para si mesmo como para seus dependentes, como por exemplo, crianças. Com isso demanda da atuação profissional para atender à exigência de autocuidado (OREM, 1991; CASTRO *et al.*, 2012).

Para Orem (2001), a enfermagem pode ajudar o indivíduo de forma a proporcionar o autocuidado de diversas formas, como: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio para o desenvolvimento pessoal; e ensinar.

O quinto conceito central, serviço de enfermagem, é necessário quando há a redução das habilidades do indivíduo para o autocuidado, quando medidas terapêuticas são acrescentadas e quando o indivíduo precisa se recuperar de alguma condição clínica e precisa do auxílio dos enfermeiros (OREM, 2001).

O sexto conceito central, o sistema de enfermagem, é baseado na necessidade de autocuidado e na capacidade do indivíduo desempenhar tal ação. Ocorre quando se tem o déficit do autocuidado e quando precisa do autocuidado para a manutenção do funcionamento ideal. É necessário que ocorra as definições das ações de enfermagem para o indivíduo e a seleção dos sistemas de enfermagem para o planejamento da assistência de enfermagem. Essas ações de enfermagem são análogas às ações de autocuidado, visto que ambas representam as características das ações deliberadas. Todavia, se diferem no sentido de que a ação de enfermagem é implementada para o bem-estar do outro, enquanto a ação do autocuidado é implementada para benefício próprio (OREM, 2001).

Orem (2001) classificou os sistemas de enfermagem, com a finalidade de preencher os requisitos de autocuidado do indivíduo, em: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. O mesmo indivíduo pode necessitar de um ou mais sistemas.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é representado pelo indivíduo incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado, visto que a criança apresenta certa imaturidade em relação ao autocuidado e alto grau de vulnerabilidade para riscos, inclusive risco de sufocação requerendo cuidado de outros. O enfermeiro, através de suas ações, vai atuar na ação limitada do paciente conseguindo o autocuidado do mesmo, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado através do apoio e da proteção (FOSTER, 1997; OREM, 1991; CASTRO *et al.*, 2012).

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório refere-se ao indivíduo apresenta

algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de autocuidado. Nesta etapa, tanto enfermeiro como cliente executam as medidas e as ações de cuidado (OREM, 1991; CADE, 2001).

O sistema de apoio-educação, também conhecido como sistema de apoio desenvolvimental, situa-se quando o indivíduo necessita de assistência de enfermagem para adquirir habilidade e competência, aprendendo a executar ações e medidas de autocuidado, de acordo com suas necessidades. A aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de prática de autocuidado e habilidades relacionadas, frente à observação do cuidado que lhe é prestado pela enfermeira ou através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas. A enfermeira promove aos responsáveis, agentes do cuidado, o seu papel de desenvolver as atividades de autocuidado (OREM, 1991; CADE, 2001).

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem tem como foco o indivíduo para atender às demandas de autocuidado e nas ações determinadas pelo enfermeiro para implementar sistemas de enfermagem que venham auxiliar as pessoas que têm limitações nas habilidades do cuidado de si (FAWCETT, 2012). Com isso, os conceitos metaparadigmáticos (ser humano, ambiente, enfermagem e saúde) são refletidos nos conceitos da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

O ser humano é definido como um receptor de cuidado (alguém que está sob o cuidado do profissional de saúde e que cuida de si mesmo) (FAWCETT, 2012). Orem (2001) afirma que as condições ambientais podem interferir positivamente ou negativamente na vida, saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. Já a enfermagem, se preocupa com a necessidade de ações de autocuidado para os indivíduos, com o objetivo de promover a saúde e subsidiar a recuperação de doenças e injúrias. A saúde, por sua vez, é representada pelo conceito de estado de saúde, vida e bem-estar das pessoas, caracterizados pela integridade do desenvolvimento das estruturas do organismo e pelo funcionamento mental e físico do corpo humano (FAWCETT, 2012).

A teoria de base desse estudo foi a Teoria de Dorothea Orem, uma vez que possui conceitos que relacionam-se ao DE e população em estudo. Desta forma, a teoria permite a implementação de cuidados de enfermagem qualificados e direcionados para a prevenção de riscos, novas condições de saúde e doença. Além de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem e uma prática fortalecida (OREM, 1991).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

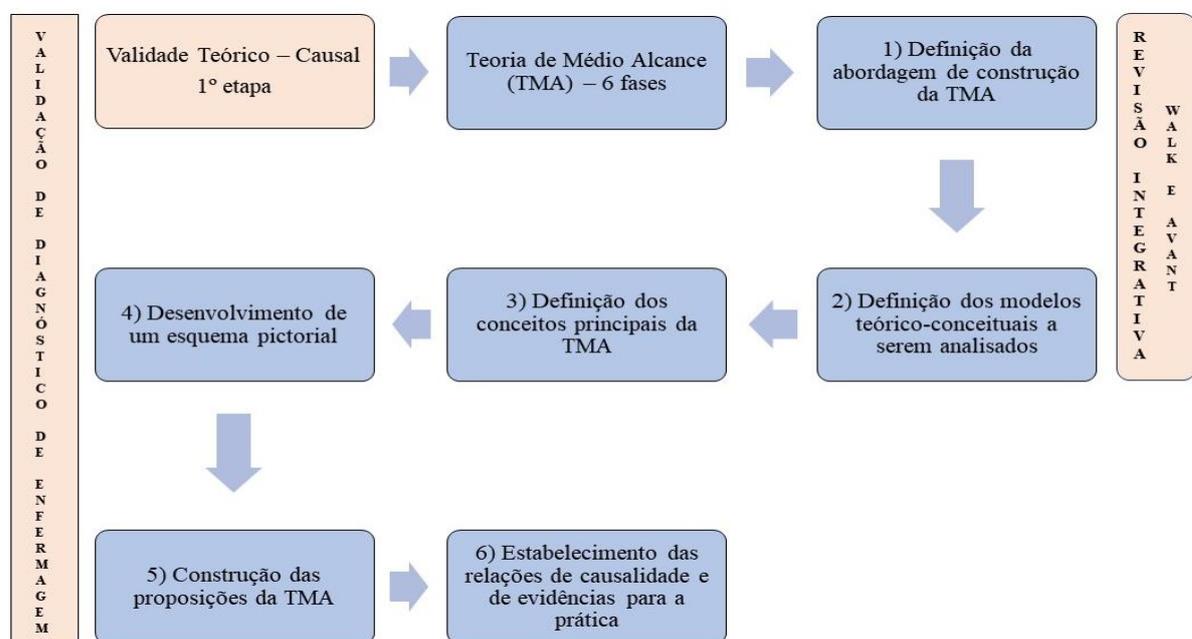
4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, o qual consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização e análise de dados (POLIT, 2004). Segundo os métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem estabelecidos por Lopes e Silva (2016), essa investigação é constituída por três fases: validade teórico - causal, validação de conteúdo e validação clínica. No presente estudo foram executadas as duas primeiras etapas e para atender os objetivos das mesmas foram seguidos os modelos metodológicos propostos por Walker e Avant (2011) e Lopes e Silva (2016), respectivamente.

4.2 PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

Nesta primeira etapa, validade teórico-causal, foi construída uma TMA conforme a abordagem metodológica de Lopes e Silva (2016) para a construção/validação de um diagnóstico de enfermagem. As TMA nos processos de construção/validação de diagnóstico de enfermagem, buscam contribuir com a prática de enfermagem baseada em evidências. Assim, para a construção da TMA, foram percorridos seis fases, ilustradas na figura 1:

Figura 1 - Fluxo da primeira etapa da pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2023)

Na primeira fase foi construído a TMA para diagnósticos de enfermagem, segundo Lopes e Silva (2016), em três possíveis abordagens: revisões de estudos publicados, pela metodologia similar das revisões integrativas; em seguida, elaboração de abordagens conceituais, inter-relacionados e complementares que embasam para uma teoria específica; e derivação de todos os elementos que formaram a TMA para o diagnóstico de enfermagem de interesse.

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RI), com a seguinte questão norteadora: Quais os atributos e os antecedentes do conceito sufocação em pré-escolares?

4.2.1 Revisão integrativa de literatura

Trata-se de análise de conceito, a qual foi realizada por meio do referencial teórico de Walker e Avant e por meio de uma revisão integrativa, concomitantemente.

O modelo de análise conceitual proposto por Walker e Avant (2011) foi a referência metodológica para o estudo, um método amplamente utilizado na área da enfermagem desenvolvido em oito etapas, que são: (1) Escolher o conceito; (2) Determinar o objetivo da análise; (3) Identificar usos do conceito; (4) Determinar os atributos definidores; (5) Identificar casos modelos; (6) Identificar casos adicionais; (7) Identificar antecedentes e consequentes (8) Determinar os referenciais empíricos.

Na primeira etapa, o conceito escolhido emergiu a partir do interesse do pesquisador em ser acessível, fácil de trabalhar e inexplorado como a “sufocação”. A segunda etapa consistiu em analisar as evidências científicas acerca do risco de sufocação em pré-escolares. Em seguida, foi identificado os usos do conceito, por meio de Revisão Integrativa da Literatura além de buscar o conceito em dicionários e enciclopédias. Na quarta etapa foi definido o núcleo da análise de conceito a partir dos atributos críticos definidores. Esses atributos foram usados para revisar a definição do diagnóstico com suporte da Revisão Integrativa da Literatura (WALKER; AVANT, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A quinta e a sexta etapa foram elaborados o caso modelo e caso adicional, respectivamente. O caso modelo exemplifica o uso do conceito que manifesta todos os seus atributos definidores e o caso adicional ajuda na definição do que pode ou não ser considerado como atributo definidor e clarifica o conceito analisado. O caso adicional construído foi do tipo caso contrário (WALKER; AVANT, 2011).

Na sétima etapa foram identificados os antecedentes para elucidar o contexto social no qual o conceito é utilizado habitualmente. Os antecedentes são aqueles eventos ou

acontecimentos que devem anteceder a ocorrência do conceito e são úteis para ajudar a identificar o conceito em questão. Segundo a taxonomia NANDA-I os antecedentes corresponde ao fator relacionado e de risco (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). No presente estudo destacam-se os fatores de risco que aumentam a susceptibilidade do pré-escolar a sufocação. Em relação aos consequentes não foram identificados por se tratar de um diagnóstico de risco (WALKER; AVANT, 2011).

A última etapa da análise de conceito foi a determinação dos referenciais empíricos, que são classes ou categorias do fenômeno atual e que, devido a sua existência, expressa a ocorrência do conceito em si. Em alguns casos, os atributos definidores e os referenciais empíricos serão equivalentes (WALKER; AVANT, 2011). A determinação de referenciais empíricos permite a construção de definições conceituais e operacionais dos indicadores que compõem o diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A revisão integrativa realizada na primeira e segunda fase da TMA, seguiu as recomendações do método: identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e caracterização; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

A questão de investigação foi formulada pela estratégia de busca conhecida pelo acrônimo PICO: P (População): crianças; I (Interesse): Sufocação; Co (Contexto): atributos e antecedentes. Assim, foi elaborada a seguinte pergunta condutora: Quais os atributos e os antecedentes do conceito “sufocação” da taxonomia da NANDA-I em pré-escolares?

O levantamento bibliográfico ocorreu de janeiro a abril de 2022 por meio de consultas nas bases de dados eletrônicas/biblioteca: *National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed Central)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *National League for Nursing and the American Nurses Association (CINAHL)*, *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF)*. A estratégia de busca utilizou o operador booleano “AND” e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Fatores de Risco”, “Sufocação”, “Pré-escolar”, “Educação em Saúde”, “Profissionais de Enfermagem Pediátrica”. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2018 a 2022.

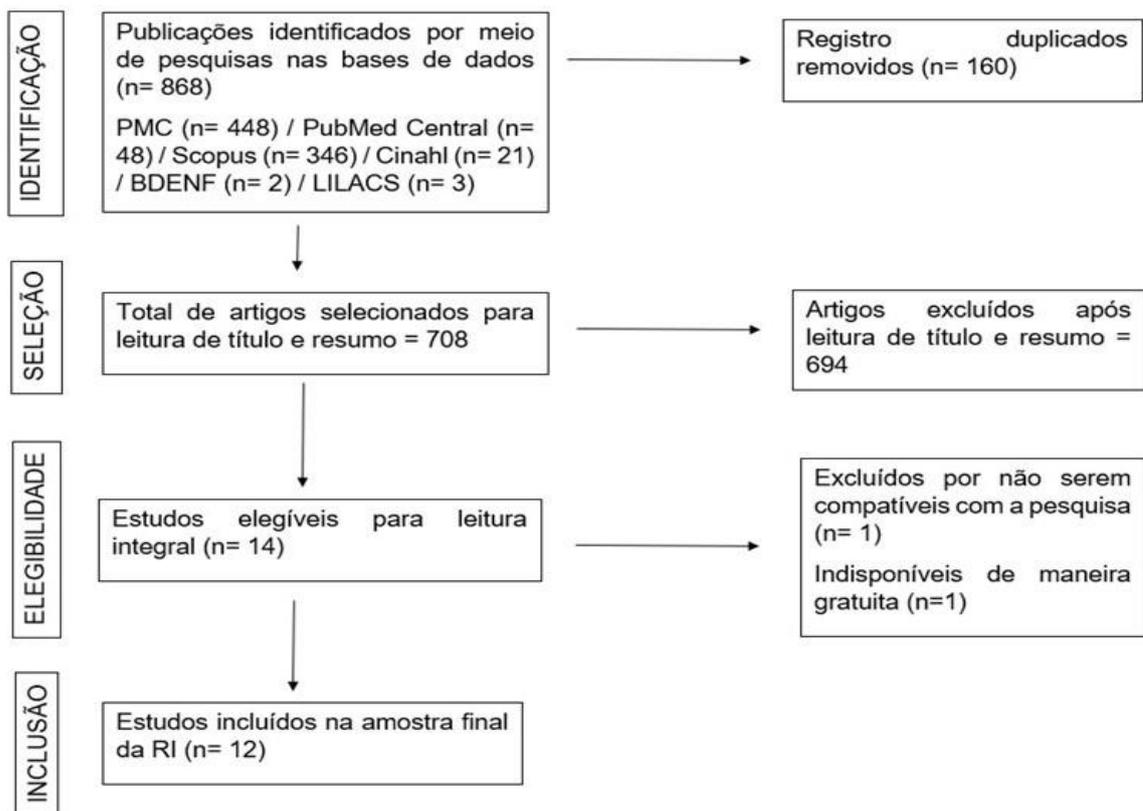
Foram incluídos os artigos originais, publicados no idioma Português, Inglês e Espanhol, com disponibilidade gratuita de resumo e texto na íntegra, com abordagem sobre a ocorrência de sufocação em pré-escolares. Foram excluídos os artigos duplicados; as

publicações cinzentas (monografia, livros, capítulos de livros, resumos de congressos); e publicações não direcionadas à questão norteadora do estudo.

Após a aplicação da estratégia de busca nas bases de dados emergiram um total de 868 publicações. Esses estudos foram exportados para os gerenciadores de referência Mendeley e Rayyan QCRI, respectivamente, para a exclusão das publicações duplicadas e identificação dos estudos pré-selecionados. Após exclusão dos artigos duplicados, resultaram 708 artigos. Dentre estes, foi realizada a seleção das publicações com temática pertinente através da leitura do título, resumo e palavras-chave por dois pesquisadores de forma independente, resultando 12 artigos, denominados por uma numeração (A1 a A12).

Para a apresentação desta etapa de buscas e de seleção dos artigos, optou-se por utilizar uma adaptação do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) conforme a Figura 2:

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos estudos da revisão integrativa segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Recife, Pernambuco, 2022.



Os artigos selecionados foram categorizados com a utilização de um instrumento que contempla as seguintes informações: Autoria, ano de publicação, objetivo, principais resultados e nível de evidência (URSI; GALVÃO, 2006). Além disso, o instrumento possibilitou a obtenção de atributos, fatores de risco e população em risco do diagnóstico “Risco de Sufocação”. O nível de evidência foi avaliado segundo a classificação hierárquica do guia de práticas baseadas em evidências (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011) (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação do nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt. Recife, Pernambuco, 2022.

I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Após a caracterização dos níveis de evidências foram identificados nos estudos os atributos, fatores de risco e populações em risco. Em seguida, procedeu-se a interpretação e discussão dos resultados, por meio da comparação com evidências científicas, identificação das principais conclusões e implicações para a prática. Por fim, foi realizada apresentação da revisão com as definições conceituais e operacionais dos atributos, fatores de risco e populações em risco para etapa de validação de conteúdo.

4.3 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES

A segunda etapa do estudo, consistiu na validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de sufocação” tendo enfermeiros como juízes, os quais analisaram o produto proveniente da TMA com base na revisão integrativa.

A análise de conteúdo foi realizada a partir da avaliação dos enfermeiros juízes que analisaram e aprimoraram os achados teóricos da primeira etapa do estudo acerca do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação, com o intuito de verificar a adequação, clareza e precisão de seus componentes na população pré-escolar no ambiente de educação infantil.

O tamanho amostral e a qualificação dos *experts* tem sido um dos desafios em estudos de validação de conteúdo devido aos critérios estabelecidos para seleção dos juízes e para contornar essa limitação poderá ser realizada a busca por profissionais proficientes, não necessariamente experts, tornando mais amplo o espectro de profissionais para a realização da análise de conteúdo diagnóstico. Uma das estratégias adotadas é a sabedoria coletiva, que representa a opinião de um grupo, uma vez que este processo de raciocínio coletivo pode amenizar os equívocos quando se faz um julgamento individual (DINIZ, 2017; LOPES; SILVA, 2016; YI *et al.*, 2012).

Neste sentido, esta abordagem ressalta que as médias da coletividade são maiores do que as médias individuais de cada membro do grupo, desde que seja assegurado que os julgamentos sejam independentes entre si. Ressalta a importância de minimizar ao máximo as interações entre os componentes do grupo, a fim de assegurar a independência das avaliações (LOPES; SILVA, 2016).

4.3.1 População, amostra e amostragem

A população nessa etapa do estudo foi composta por enfermeiros experientes na temática acerca dos atributos críticos, definições conceituais e operacionais dos antecedentes deste conceito (LOPES; SILVA, 2016).

A definição do tamanho amostral para este tipo de estudo foi baseada na fórmula do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) calculado por médias aritméticas simples ou ponderadas. Para o cálculo, estimou-se um IVC igual ou acima de 0,8, considerando-se a pontuação do IVC com base na escala de 0 (não relevante) a 1 (totalmente relevante).

Dessa forma o cálculo foi determinado pela seguinte fórmula:

$$n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot S/e)^2$$

Em que: $Z_{1-\alpha/2}$ refere-se ao nível de confiança adotado; S representa o desvio-padrão; e representa o erro amostral.

O presente estudo adotou um nível de confiança de 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$), o desvio-padrão de 0,17 e um erro amostral de 0,05. O cálculo então foi:

$$n_0 = 1,96 \cdot 0,17^2 / (0,05)$$

$$n_0 = 45 \text{ avaliadores}$$

Para evitar perda os autores recomendam uma correção de 5% no tamanho da amostra obtida pela razão: $n = n_0 \cdot 1,05$

$$\text{Logo tem-se: } n = 48 \text{ avaliadores}$$

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Após o cálculo amostral, procedeu-se aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos na amostra os juízes com experiência acadêmica e/ou experiência prática com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou saúde da criança. Considerou-se como critérios de exclusão os juízes que não responderam o instrumento no prazo de 15 dias, ou que devolveram o instrumento preenchido de forma incorreta, mesmo após segundo contato, ou que não retornaram.

Para atender os critérios de inclusão, foram adotados os mesmos utilizados por Diniz (2017), com referencial na classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), que consideram os seguintes critérios: experiência acadêmica e prática dos juízes como elementos essenciais para a composição de um bom perfil de avaliador. Nesse sentido, considerou-se como experiência prática o tempo de atuação com a temática do DE ou com a área do conceito estudado e consequentemente definido o nível de expertise dos juízes. Já para o conhecimento científico os requisitos observados foram: titulação do avaliador, área temática do trabalho de titulação (diagnóstico de enfermagem e/ou saúde da criança) e a produção científica sobre diagnósticos de enfermagem e/ou saúde da criança (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Esses três primeiros critérios da experiência acadêmica foram agrupados sob a área

denominada Conhecimento Científico, por serem parâmetros nominais, atribuídos valores de 0 a 3 para titulação (0- Graduado; 1- Especialista; 2- Mestre; 3- Doutor) e valores 0 ou 1 conforme ausência ou presença de trabalho de titulação e produção científica na área de interesse. Os resultados com média final acima de cinco foram arredondados para o nível de maior expertise. Essa configuração pode ser observada na Tabela 1 (DINIZ, 2017).

Tabela 1- Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009).

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática (em anos) (X)	Tempo Grupo de Pesquisa (em anos) (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z1)	Trabalho de Titulação (Z2)	Produção Científica (Z3)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestre	-	-
3	15-21	7-9	Doutor	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Fonte: Adaptado de Diniz (2017). Legenda: *em anos; DE: diagnóstico de enfermagem. Nível de Expertise = Somatório das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por 3.

O nível de expertise foi calculado por meio do somatório (Σ) das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por três (3). Foi adotado na média final arredondar os números decimais acima de cinco.

Com base no referencial da classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), foram definidos em cinco níveis de expertise dos juízes: *novice*, *advanced beginner*, *competence*, *proficient e expert*. O detalhamento de cada nível está descrito abaixo.

Principiante (*novice*): Composto por avaliadores com conhecimento básico. O avaliador poderá realizar inferências a partir de sua intuição ou mesmo do senso comum, sem que haja necessariamente domínio do assunto de interesse do estudo.

Iniciante avançado (*advanced beginner*): Os avaliadores desse nível utilizam fatos

objetivos e ideias mentais mais aperfeiçoadas contribuintes para o processo de julgamento, que por sua vez, viabiliza utilizar habilidades recentes e exemplos situacionais do tema de interesse, favorecendo um rápido reconhecimento do conceito e conseqüentemente da tomada de decisão.

Competente (*competence*): O avaliador utiliza o conhecimento prévio, novas concepções e raciocínio crítico para realizar o julgamento, baseando-se em fatos relevantes para tomada de decisão. O avaliador possui melhor compreensão dos dados e grande conhecimento prático.

Proficiente (*proficiente*): Neste nível de expertise consideram-se experiências reais (intuição e raciocínio crítico) e respostas fundamentadas para a tomada de decisão.

Especialista (*expert*): Esse nível é caracterizado por profissionais mais maduros e com capacidade de diferenciação mais sutil e refinada do que o proficiente. Eles são capazes de refletir sobre as metas a serem atingidas e optar pelas ações mais apropriadas ao alcance dos objetivos. É o nível mais elevado de habilidades.

Os três primeiros níveis de expertise (*novice, advanced beginner e competence*) fazem uso de uma estrutura teórica e de normas/protocolos no processo de julgamento. Além disso, a experiência prática está pouco presente. Os dois últimos níveis (*proficient e expert*) utilizam reflexões e questionamentos no processo de julgamento, baseados na experiência prática. Dessa forma, consideram-se as experiências acadêmicas e práticas fundamentais para o perfil do juiz (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

Nesse modo, é ressaltado a importância do conhecimento teórico e prático, visto que se apenas um destes fosse utilizado haveria perdas significativas no processo de inferência, assim como referido anteriormente por diversos autores (SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

A partir do cálculo amostral e a escolha do perfil dos juízes pelo referencial da classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), procedeu-se a busca pela Plataforma Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

4.3.3 Procedimento para coleta de dados

A captação dos juízes inicialmente foi na busca por assunto e demais pesquisadores através do Currículo Lattes com a utilização das palavras-chave: saúde da criança AND diagnóstico de enfermagem com identificação de 13.167 pesquisadores inviabilizando a captação dos possíveis juízes. Dessa forma foi adotado a amostragem intencional ou do tipo “bola de neve” (*snowball sampling*), solicitando aos juízes selecionados indicação de outras pessoas que poderiam se enquadrar nos critérios de seleção supracitados (LEMOS, 2019).

Após essa captação, foi encaminhado para os juízes por correio-eletrônico e mensagem *WhatsApp* os seguintes instrumentos: carta-convite (APÊNDICE B) disponível *Google Docs Forms* com a pergunta sobre o aceite em participar desta pesquisa; após a aquiescência o participante foi direcionado para Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) disponibilizado no *Google Docs Document*. Concomitante o instrumento referente a caracterização sociodemográfica e os elementos para análise da validade de conteúdo acessados no *Google Docs Forms* (APÊNDICE E). O prazo estabelecido para retorno das respostas foi de 15 dias.

4.3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento foi construído através do *Google Forms*, enviado por e-mail ou *WhatsApp*. Ao clicar em aceitar a participar da pesquisa, seguiu a diante com as próximas seções caracterizando em seguida o instrumento de coleta autoexplicativo inspirado no material utilizado por Mangueira (2014) para análise (APÊNDICE D), contendo duas partes, a saber: caracterização dos juízes e análise do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares.

A segunda parte (APÊNDICE E), foi um questionário sobre a avaliação da Validade do Conteúdo dos atributos e antecedentes do DE Risco de sufocação em pré-escolares. Por fim, o instrumento teve espaço para acréscimo ou remoção de elementos, da proposta do diagnóstico, e sua devida justificativa.

Cada item foi analisado quanto a sua relevância, por uma escala tipo Likert de cinco pontos, da seguinte forma: 1 (discordo totalmente); 2 (discordo parcialmente); 3 (indiferente); 4 (concordo parcialmente); 5 (concordo totalmente). Itens que obtiverem uma pontuação de 1, 2 e 3 foram considerados inadequados para o DE, os itens com 4 ou 5 pontos foram considerados adequados, conforme o Quadro 2 (HOSKINS, 1989; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; DINIZ, 2017).

Quadro 2– Escala tipo Likert para verificação da adequação de características definidoras e definições conceituais e operacionais para validação de um DE.

1	Discordo Totalmente	Não há relação entre o componente e o diagnóstico. O componente associa-se a outros fenômenos.
2	Discordo Parcialmente	É pequena a relação existente entre o componente e o diagnóstico. O componente associa-se a outros fenômenos similares.
3	Indiferente	A relação existente entre o componente e o diagnóstico é imprecisa. Há relação com outros fenômenos similares.
4	Concordo Parcialmente	Existe uma forte relação entre o componente e o diagnóstico, mas há também certa relação com outros fenômenos similares.
5	Concordo Totalmente	Existe relação direta entre o componente e o diagnóstico.

Fonte: Adaptado de Diniz (2017).

4.3.5 Organização e análise de dados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2019 e analisados com o auxílio do software JASP 0.16.03. Foi realizada uma análise descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartilico), além da utilização do Teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade das variáveis numéricas.

Para análise da validade de conteúdo dos componentes do diagnóstico utilizou o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com base no modelo da diversidade preditiva, no qual a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise (LOPES; SILVA, 2016).

Para a avaliação do rótulo/título, domínio e classe do diagnóstico, foi calculado o percentual de concordância quanto à adequabilidade desses componentes, cuja avaliação ocorreu por meio de respostas dicotômicas (sim/não), e, posteriormente, aplicou-se o teste binomial para investigar se o percentual de concordância (respostas “sim”) foi maior ou igual a 0,80. Esse ponto de corte também foi utilizado para a avaliação do IVC dos itens (YUSOFF, 2019; LYNN, 1978).

Sobre a verificação da consistência das avaliações dos juízes, utilizou-se o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach. Valores de alfa acima de 0,70 são adequados para se atestar a similaridade da avaliação dos juízes (NUNNALLY, 1978).

4.3.6 Aspectos éticos

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil e todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios. Obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o nº do parecer: 5.555.440 e nº do CAAE: 60718822.8.0000.8807 (ANEXO A).

Os juízes efetivaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) ressalta-se a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. O TCLE dispensa apenas da assinatura das testemunhas por ser tratar de uma coleta através de meio eletrônico (on-line). No TCLE estão contidos dados de identificação e de contato do pesquisador responsável, título e objetivo da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios, foram também garantido o respeito a autonomia do participante caso deseje retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer momento.

Os dados coletados nesta pesquisa foram transferidos para um dispositivo eletrônico local após fazer o download, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Dessa forma permanecerão armazenados em pastas de arquivo de computador, Pen drive e e-mail pessoal, sob a responsabilidade do orientador no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2o piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901 (Departamento de Enfermagem), pelo período mínimo de 5 anos.

5 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

Os resultados são apresentados de acordo com as duas etapas deste estudo: Validade Teórico-Causal e Validade de Conteúdo.

5.1 VALIDADE TEÓRICO CAUSAL - REVISÃO INTEGRATIVA

Participaram da RI 12 artigos publicados nos últimos 5 anos. O idioma predominante foi o inglês (91,7%) e os países que mais concentraram as publicações foram China (33,3%) e Turquia (16,7%), respectivamente. Predominou estudos com abordagem descritiva ou qualitativa (n=8; 66,7%), os quais correspondem ao nível de evidência VI.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação, idioma, país de publicação, área temática, nível de evidência. Recife, Pernambuco, 2022.

Variáveis	n	%
Ano de publicação		
2021	2	16,7
2020	3	25,0
2019	4	33,3
2018	2	16,7
2017	1	8,3
Total	12	100,00
Idioma		
Inglês	11	91,7
Português	1	8,3
Total	12	100,00
País de publicação		
China	4	33,3
Turquia	2	16,7
Brasil	1	8,3
Índia	1	8,3
Japão	1	8,3
Arábia Saudita	1	8,3
Estados Unidos	1	8,3
Egito	1	8,3
Total	12	100,00
Nível de evidência		
VI	8	66,7
V	2	16,7
IV	1	8,3
III	1	8,3
Total	12	100,00

Fonte: base de dados (2022).

5.1.1 Identificação dos atributos e antecedentes do de risco de sufocação

Os artigos selecionados, através da revisão integrativa possibilitaram identificar elementos que caracterizam o DE Risco de sufocação (atributos definidores e antecedentes), conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo autores, ano/país de publicação, nível de evidência, atributos e antecedentes, 2022

ARTIGO	ANO/ PAÍS PUBLICAÇÃO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA	ATRIBUTOS	ANTECEDENTES
A1	2020/ China/VI	Asfixia não intencional.	FR*: Cobertor; esmagamento na cama; corpo estranho na traqueia; temperatura levando ao uso de colchas mais grossas; inalação de corpos estranhos nas vias respiratórias; ambiente inseguro; curiosidade; exploração; hiperatividade. PR*: meninos e crianças residentes em áreas rurais (condição socioeconômica).
A2	2021/ China/ VI	Lesão não intencional.	FR: corpo estranho; baixa supervisão dos pais; desenvolvimento infantil. PR: meninos.
A3	2020/ Arábia Saudita/ VI	Lesão não intencional.	FR: pequenos objetos; nozes ou miçangas; insegurança do ambiente; creches e jardins de infância. PR: meninos.
A4	2019/ Turquia/VI	Lesão não intencional.	FR: ambiente doméstico e escolar; curiosidade; imaturidade.
A5	2021/ Turquia/VI	-	FR: uso de colchas; inverno. PR: crianças.
A6	2018/ Egito/ III	-	FR: ambiente inseguro; baixo conhecimento das mães; fisicamente e mentalmente imaturos. PR: meninos e crianças residentes em áreas rurais (condição socioeconômica).
A7	2017/ China/ VI	Corpo estranho nas vias aéreas.	FR: obstrução oronasal por lençóis macios; obstrução do trato respiratório por aspiração de corpos estranhos; ambientes de dormir inseguros. PR: crianças.

A8	2019/ EUA/IV	Corpo estranho nas vias aéreas.	FR: corpo estranho, aspiração acidental. PR: idade inferior a cinco anos; sexo masculino.
A9	2019/ China/V	Asfixia não intencional.	FR: cama; asfixia por inalação; colchas grossas; supervisão inadequada de adultos; baixa conscientização sobre segurança; responsáveis com baixo nível de Educação; desenvolvimento comportamental e físico. PR: meninos e crianças residentes em áreas rurais (condição socioeconômica).
A10	2018/ Japão/ V	Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos.	FR: Obstrução do trato respiratório; aspiração de muco. PR: crianças.
A11	2020/ Índia/ VI	Presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos (pequenas dimensões).	FR: origem vegetativa (amendoim), origem não vegetativa (parafuso de metal, pino, agulha e giz de cera); imaturidade. PR: meninos.
A12	2019/ Brasil/VI	Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos e /ou objetos (material sintético).	FR: Objetos de pequenas dimensões: como tampa de caneta esferográfica; botões; alimentos pequenos de forma esférica; brinquedos e entre outros; Objetos de material sintético: como balões de borracha; estruturas esféricas; sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos. Cultura não preventiva; hábitos de vida que propiciam situações de risco; inadequada vigilância dos responsáveis; imaturidade. PR: meninos e crianças residentes em áreas rurais (condição socioeconômica).

Fonte: A autora (2022)

Legenda: FR – Fatores de Risco; PR – População em Risco.

5.1.2 Relação dos atributos, fatores antecedentes do diagnóstico risco de sufocação evidenciados na literatura com a taxonomia da nanda-i

Foram encontrados oito atributos por meio da revisão integrativa, são eles: “Asfixia não intencional”, “Lesão não intencional”, “Corpo estranho nas vias aéreas”, “Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos”, “Presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos”, “Obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho”, “Objetos de pequenas dimensões” e

“Objetos de material sintético”.

Dentre os oito atributos encontrados na literatura nenhum faz parte da definição do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação presente na taxonomia da NANDA-I que é conceituado como “Suscetível à disponibilidade inadequada de ar para inalação, o que pode comprometer saúde” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). No entanto, verifica-se que o sentido das palavras “disponibilidade inadequada de ar para inalação” quer dizer “impedimento da passagem do ar ou obstrução das vias aéreas”, ou seja, outros meios como por exemplo a aspiração de corpo estranho favorecem para o incidente que poderá levar a óbito se não interrompida a tempo oportuno.

Ao identificar esses atributos, foi proposto as seguintes definições para o DE Risco de sufocação: "Suscetível à obstrução das vias aéreas por lesão não intencional" e “Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar nos pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho”. Entende-se lesão não intencional aquela que o indivíduo não tem a intenção de realizar a ação, tendo em vista que o público desse estudo são os pré-escolares, nos quais tornam-se vulneráveis a lesões não intencionais quando submetidos a ambientes, objetos e alimentos inadequados para sua segurança.

Quanto aos fatores de risco, existem dois encontrados na Revisão Integrativa e também estão no NANDA-I, porém escritos diferentemente, como: “esmagamento na cama” - “superfície de sono macia”, “inadequada supervisão dos responsáveis” – “conhecimento inadequado de segurança/precauções”.

Em relação aos antecedentes do conceito foram categorizados e correlacionados com os fatores de risco e populações em risco do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação da NANDA-I.

Assim, foram encontrados oito fatores de risco, três populações em risco e nenhuma condição associada, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Equivalência dos fatores antecedentes do diagnóstico de enfermagem “Risco de sufocação” encontrados na literatura com os elementos presentes na NANDA Internacional 2021- 2023. Recife, Pernambuco, 2022.

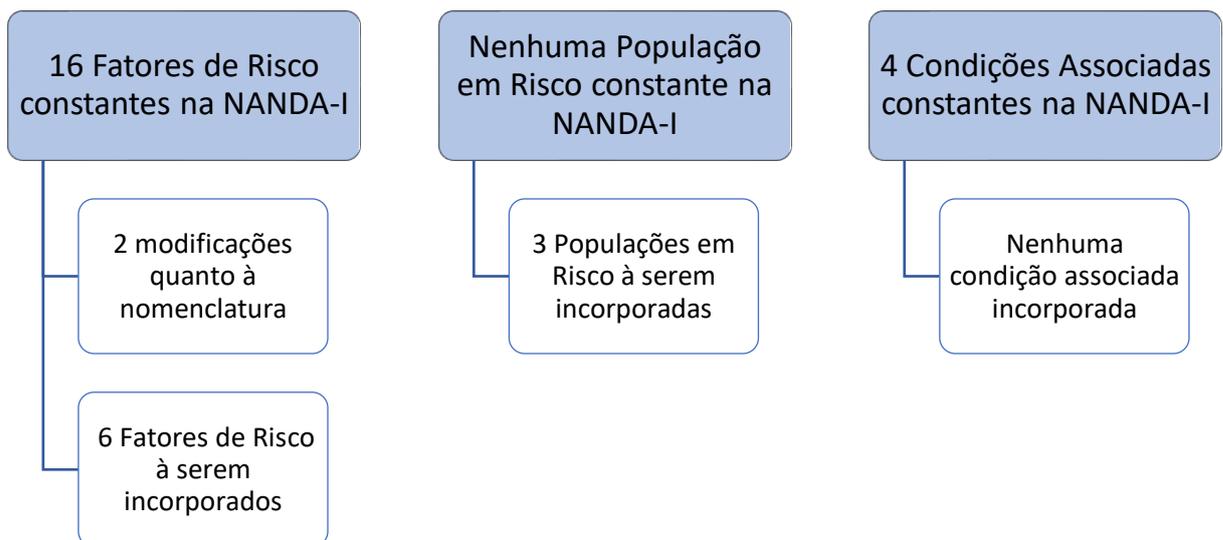
ANTECEDENTES DO CONCEITO REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	ANTECEDENTES NANDA-I
Fatores de risco: 1. Cobertor	Fatores de risco: 1. Não constante na taxonomia

<ol style="list-style-type: none"> 2. Esmagamento na cama 3. Ambiente inseguro 4. Desenvolvimento comportamental infantil (curiosidade) 5. Desenvolvimento físico infantil (exploração) 6. Hiperatividade 7. Inadequada supervisão dos responsáveis 8. Baixa escolaridade dos responsáveis <p>População de risco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-escolares 2. Pré-escolares (Sexo masculino) 3. Condição socioeconômica (classe baixa e média) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Superfície de sono macia 3. Não constante na taxonomia 4. Não constante na taxonomia 5. Não constante na taxonomia 6. Não constante na taxonomia 7. Conhecimento inadequado de segurança/precauções 8. Não constante na taxonomia <p>Populações de risco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não constante na taxonomia 2. Não constante na taxonomia 3. Não constante na taxonomia
--	---

Fonte: A autora (2023)

Diante da análise do conceito, foram identificados elementos presentes na taxonomia da NANDA-I e outros para serem incorporados como mostra abaixo a Figura 3.

Figura 3- Síntese das alterações dos fatores de risco e antecedentes após a análise de conceito. Recife-PE, 2023.



Fonte: A autora (2023)

5.2 VALIDADE TEÓRICO CAUSAL - TMA - ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO

As definições conceituais e operacionais dos atributos e antecedentes (fatores de risco, populações em risco) encontram-se descritas abaixo no Quadro 5 e 6.

Quadro 5- Definições conceituais e operacionais dos atributos do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.

Asfixia não intencional
Definição Conceitual: Impossibilidade de respirar pela ausência de oxigênio nas células que pode ser provocada por estrangulamento, afogamento, intoxicação, corpo estranho entre outros. A asfixia é classificada em três estágios, sendo: o primeiro caracterizado logo após a aspiração do corpo estranho, manifestado por meio da tosse e da dificuldade respiratória; o segundo, definido como assintomático, e o terceiro, o período em que ocorrem as complicações, a exemplo, a estenose subglótica.
Definição Operacional: Será questionado ao indivíduo ou aos responsáveis/cuidadores, os possíveis objetos ou alimentos que causaram a asfixia. Ou mesmo, caso não consiga falar, identificar sinais e sintomas de asfixia, como por exemplo, tosse, dificuldade de falar.
Referências: FERREIRA, 2010; AMARAL <i>et al.</i> , 2019; ALKHAMIS <i>et al.</i> , 2020; GONG <i>et al.</i> , 2021
Lesão não intencional
Definição Conceitual: Corresponde a lesão ou acidentes para os quais não há evidência de intenção predeterminada.
Definição Operacional: O examinador irá analisar o contexto das informações fornecidas pelos responsáveis/ cuidadores se a lesão aconteceu de forma não intencional ou mesmo o relato do paciente durante a contextualização.
Referências: ALKHAMIS <i>et al.</i> , 2020
Corpo estranho nas vias aéreas
Definição Conceitual: Corpo estranho é qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra nas cavidades superiores (cavidade nasal, faringe e laringe), considerado corpo estranho por estar em local inadequado, que pode causar obstrução parcial ou total das vias aéreas.
Definição Operacional: O examinador irá identificar através do relato dos responsáveis/cuidadores a presença de corpo estranho nas vias aéreas ou identificar os sinais de obstrução parcial ou total. Na obstrução parcial, o indivíduo consegue manter a respiração preservada e tossir. E na obstrução total não consegue se comunicar, pode apresentar cianose de lábios e extremidades; colocar suas mãos em volta do pescoço.
Referências: AKCA, 2016; AMARAL <i>et al.</i> , 2019; MOREIRA; VIDOR, 2013.
Presença de corpo estranho nas vias aéreas (alimentos)
Definição Conceitual: Aspiração de conteúdo alimentar nas vias aéreas superiores (cavidade nasal, faringe e laringe).
Definição Operacional: O fator será avaliado pela identificação ou relato de alimento introduzido nas vias aéreas superiores (amendoim, uva, pipoca etc) e poderá apresentar como

sinal a tosse.
Referências: AMARAL <i>et al.</i> , 2019; MOREIRA; VIDOR, 2013.
Presença de corpo estranho nas vias aéreas (objetos)
Definição Conceitual: Aspiração de objeto nas vias aéreas superiores (cavidade nasal, faringe e laringe).
Definição Operacional: O fator será avaliado pela identificação ou relato de objeto introduzido nas vias aéreas superiores como por exemplo: moedas, balões ou peças de brinquedos com pequenas dimensões, esféricas, entre outros.
Referências: MOREIRA; VIDOR, 2013.
Obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho
Definição Conceitual: Denomina-se obstrução de vias aéreas por corpo estranho a introdução de algum corpo estranho (objeto, alimento, líquido ou secreção) inadvertidamente nas vias aéreas, possibilitando oclusão parcial ou total das vias respiratórias, dificultando a passagem de ar para o pulmão.
Definição Operacional: O fator será avaliado por meio dos sinais e sintomas como dificuldade respiratória associada à tosse persistente, vômito, respiração ruidosa (estridor, sibilos), perda da voz, cianose, agitação e ansiedade, O examinador poderá observar o pré-escolar agitado e com o ato de colocar as mãos no pescoço, sinalizando a obstrução.
Referências: SILVA <i>et al.</i> , 2021; MOREIRA; VIDOR, 2013.
Objetos de pequenas dimensões
Definição Conceitual: São aqueles que em sua dimensão de volume oferecem mais riscos de aspiração, como, por exemplo, tampa de caneta esferográfica, botões, balões vazios, plástico, anéis, moedas, brincos e alimentos pequenos de forma esférica, como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes e brinquedos com peças pequenas.
Definição Operacional: O fator será avaliado quando relatado ou visualizado nas vias aéreas superiores.
Referências: AMARAL <i>et al.</i> , 2019.
Objetos de material sintético
Definição Conceitual: Determinado material obtido artificialmente, ou seja, que contém substâncias desenvolvidas em laboratório e não extraídas diretamente da natureza. como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos.
Definição Operacional: O fator será avaliado quando relatado ou visualizado nas vias aéreas superiores.
Referências: AMARAL <i>et al.</i> , 2019

Quadro 6- Definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.

Cobertor
Definição Conceitual: Peça de roupa de cama, geralmente de lã ou de algodão, e que se usa sobre os lençóis para proteção contra o frio.
Definição Operacional: O fator será avaliado por meio de relato do uso de cobertor em crianças para proteção contra o frio.
Referências: FERREIRA, 2010; KONG, 2020.
Esmagamento na cama

Definição Conceitual: Sufocação do pré-escolar por indivíduo de massa corporal com peso superior ao seu, ocasionada por oclusão de vias aéreas.
Definição Operacional: O fator será avaliado através do relato dos pais/responsáveis que a criança compartilha a cama com outras crianças.
Referências: WANG <i>et al.</i> , 2019.
Ambiente inseguro
Definição Conceitual: Local de fácil acesso/alcance a objetos que possam vir a causar risco.
Definição Operacional: O fato será avaliado através da identificação ou relato de presença a objetos como por exemplo, peças de brinquedos que apresentem dimensões pequenas e fáceis de serem introduzidos nas vias aéreas superiores. E quanto aos alimentos, o relato sobre armazenamento dos alimentos não é compatível para a faixa etária, seja ele doméstico ou escolar.
Referências: FERREIRA, 2010; KONG, 2020; WANG <i>et al.</i> , 2019.
Hiperatividade
Definição Conceitual: É uma condição somatória de fatores de ordem anatômicos, genéticos e metabólicos com eventos psicológicos e sociais que apresenta sinais característicos, como a falta de atenção, impulsividade e dificuldade em compreender instruções.
Definição Operacional: O fator será avaliado quando perguntar ao responsável ou se possível observar como é o comportamento da criança, atitudes e interação com outras crianças e adultos. Além disso, perguntar se a criança é acompanhado na puericultura através da caderneta da criança.
Referências: BRASIL, 2019; KONG, 2020.
Inadequada supervisão dos responsáveis
Definição Conceitual: Redução na qualidade de supervisão, deixando as crianças por conta própria e tendendo a acreditar que a criança possa lidar suficientemente com os riscos de lesão.
Definição Operacional: O fator estará presente quando perguntar ou observar de que forma os responsáveis supervisionam as crianças e se já ocorreram lesões provenientes da desatenção.
Referências: VALLMUUR; LUKASZYK; CATCHPOOLE, 2018; YAMASAKIA <i>et al.</i> , 2019; WANG <i>et al.</i> , 2019; ÇAYLAN <i>et al.</i> , 2021.
Baixa escolaridade dos responsáveis
Definição Conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência do familiar na escola no que leva ter um nível de educação mais baixo do que o considerado como o padrão ou o mínimo necessário para determinadas atividades.
Definição Operacional: O fator será avaliado de acordo com relato verbal do indivíduo e/ou cuidador quanto aos anos completos de estudo. Durante o procedimento da coleta, o examinador irá questionar o familiar quanto ao seu nível de escolaridade. Será considerado baixo nível educacional o familiar que não conseguiu concluir o ensino médio.
Referências: ANDRADE, 2016; EL SEIFI; MORTADA; ABDO, 2018.

Quadro 7- Definições conceituais e operacionais da população em risco do diagnóstico de enfermagem “Risco de Sufocação”. Recife, Pernambuco, 2023.

Condição socioeconômica (classe baixa e média)
Definição Conceitual: Há poucos recursos financeiros e/ou pouco acesso a oportunidades,

<p>bem como a que possui baixo padrão de vida e de consumo em relação às demais classes da população.</p>
<p>Definição Operacional: O fator será avaliado por meio de relato dos responsáveis ter pouco recurso financeiro e baixo padrão de vida e de consumo. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar quanto ao nível econômico da família. Será considerado desfavorecido economicamente a renda familiar per capita for menor que um salário mínimo (< R\$ 998,00).</p>
<p>Referências: SATO; HAGIWARA; ISHIKAWA; AKAZAWA, 2018.</p>
<p>Sexo masculino</p>
<p>Definição Conceitual: O termo sexo está relacionado a constituição dos cromossomos, aos atributos biológicos e anatômicos de cada organismo, mais especificamente aos órgãos reprodutores masculinos, o modo como funcionam e suas características hormonais. E os meninos geralmente são mais ativos e curiosos.</p>
<p>Definição Operacional: O fator estará presente quando observar as características biológicas e anatômicas.</p>
<p>Referências: SANTANA; BENEVENTO, 2013; ALKHAMIS <i>et al.</i>, 2020; AMARAL <i>et al.</i>, 2019.</p>

5.3 ELABORAÇÃO DO CASO MODELO E CASO CONTRÁRIO

Nesta etapa, foi criado um caso modelo e um contrário fictícios, construídos por meio dos conceitos encontrados na literatura. O caso modelo referente ao diagnóstico Risco de Sufocação exemplifica os atributos e fatores de risco do fenômeno estudado, tais como: inadequada supervisão dos responsáveis, corpo estranho (objetos) e ambiente inseguro; já o caso adicional contradiz os atributos críticos essenciais e fatores de risco identificados para o termo Sufocação (WALKER; AVANT, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

- Caso modelo

Durante uma visita da enfermeira à escola, pelo Programa Saúde na Escola (PSE), foi observado que os pré-escolares brincam na área de recreação sem supervisão. Apresentam diferentes faixas etárias, compartilhando as mesmas brincadeiras e objetos de várias dimensões, o que as tornam susceptíveis à obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho (alimentos e/ou objetos). A enfermeira identifica o potencial risco de sufocação, visto que a imaturidade dos pré-escolares requer cuidado e logo conversa com a coordenação pedagógica explicando a vulnerabilidade à asfixia não intencional.

- Caso contrário

L.M.S., 04 anos, precisou dar início à fase pré-escolar por seus pais trabalharem fora de

casa. Enquanto a sua mãe realizava sua matrícula, a coordenação da escola mostrou os espaços que L.M.S. irá frequentar, assim como a área de recreação. Foi perceptível que o ambiente escolar, apresentava segurança em relação ao acesso a alimentos e objetos adequados para faixa etária, com supervisão dos professores até mesmo no momento de recreação com o objetivo de evitar a obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho (alimentos ou objetos). Assim, um ambiente seguro e acessibilidade segura promovem bem-estar e previne riscos de sufocação.

Os antecedentes listados a seguir foram relacionados com os conceitos centrais (autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem e periférico (fatores condicionantes básicos) utilizados por Dorothea Orem (Quadro 8).

Quadro 8 - Relação entre os conceitos da TMA do DE Risco de sufocação em pré-escolares. Recife, PE, Brasil, 2023.

RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS E TEORIA	
Centrais	
- Déficit da ação de autocuidado	- Incapacidade do pré-escolar engajar-se no autocuidado (cobertor)
Periférico	
- Fatores condicionantes básicos - (FCB) Fator ambiental	- Pré-escolar exige cuidado ou assistência completa (hiperatividade; pré-escolar do sexo masculino) - FCB/Fator ambiental (Baixa condição socioeconômica)
Teoria do Autocuidado	
-Déficit dos requisitos de autocuidado universal	- Ineficaz manutenção suficiente de ar (corpo estranho) - Inadequada prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano (ambiente inseguro, inadequada supervisão e baixa escolaridade dos responsáveis)
Teoria do Déficit do autocuidado	
- agir ou fazer para outra pessoa - guiar e orientar - ensinar	- Papel do responsável no suporte e supervisão do pré-escolar - Papel da enfermagem promover conhecimento sobre os riscos e conseqüentemente ensinar desde a prevenção a intervenção quando necessária (esmagamento na cama)
Teoria dos Sistemas de Enfermagem	
- Sistema de apoio-educação	- Papel da Enfermagem promover ao responsável conhecimento afim de se tornar um agente do autocuidado

Fonte: A autora (2023).

5.4 DESENVOLVIMENTO DE UM ESQUEMA PICTORIAL DA TMA

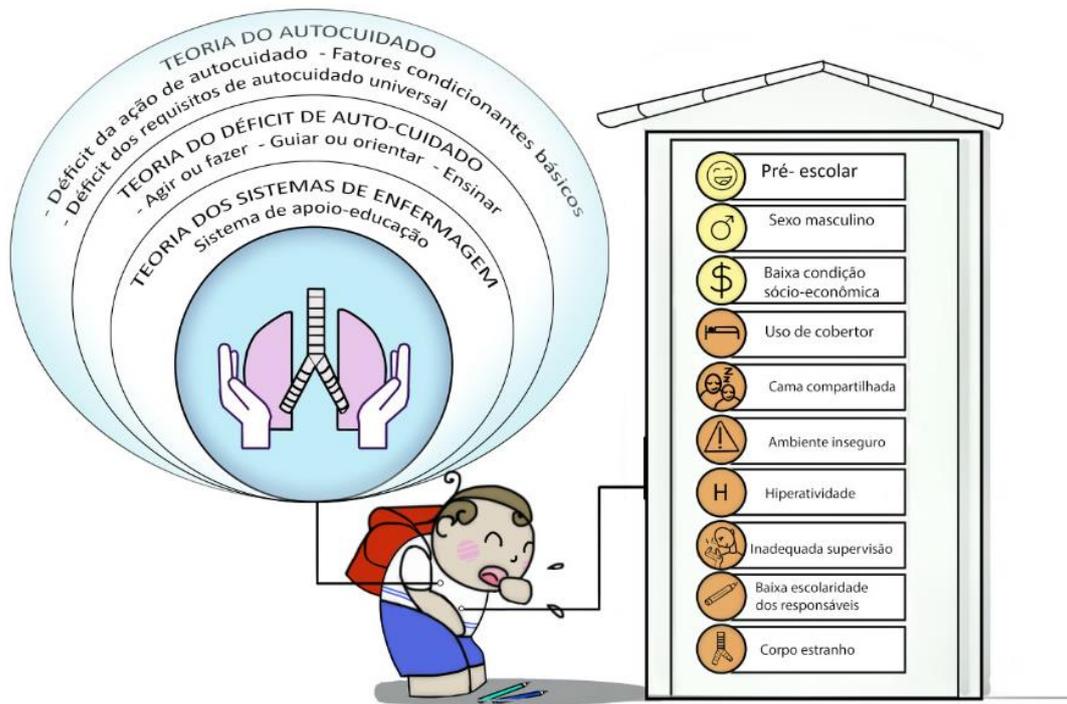
Para clarificar a associação dos elementos da TMA com os conceitos da Teoria de Orem, construiu-se um pictograma que mostra os e de forma resumida., conforme verificado na Figura 4.

O pictograma construído representa o ambiente de educação infantil, pré-escola. Dessa forma, a população em risco está representada nos três primeiros símbolos. Assim como os fatores de risco são listados e apresentados com símbolos que especificam os tipos de fatores que podem causar à obstrução das vias aéreas.

A imagem dos pulmões representa o sistema respiratório, que por sua vez é o órgão alvo do estudo e as mãos condiz os responsáveis pelas crianças em manter continuamente a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico (OREM, 1991). E em sua volta esta o círculo representando a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – Apoio educação, visto como processo dinâmico e fluente. Em seguida o círculo intermediário representa a Teoria do Déficit de Autocuidado – agir ou fazer; guiar e orientar; ensinar. Por fim o último círculo que designa a Teoria do Autocuidado - déficit da ação de autocuidado; fatores condicionantes básicos e déficit dos requisitos de autocuidado universal, conceitos que sustentam as três teorias.

Portanto, estes círculos demonstram as três teorias de Orem de forma inter-relacionadas, uma contida na outra. Contudo, também é possível observar no pictograma os quatro conceitos metaparadigmáticos: a pessoa (pré-escolar), saúde (risco de sufocação), enfermagem (Teoria de Orem) e ambiente (educação infantil/ pré-escolar).

Figura 4- Pictograma demonstrativo da inter-relação dos Fatores de Risco, População em Risco e Teoria de Médio Alcance. Recife/PE, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2023)

5.5 CONSTRUÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA TMA

Nesta etapa foram elaboradas as proposições para os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação em pré-escolares. As proposições por sua vez são afirmações das relações entre os conceitos inseridos em uma teoria. A elaboração das proposições permite identificar a relação dos atributos essenciais e fatores de risco com o diagnóstico, além de diferenciar dos demais diagnósticos de enfermagem, destacando especificidades. Além disso, possibilita elaborar hipóteses empíricas que subsidiará a TMA desenvolvida (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Quadro 9 – Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife/PE, Brasil, 2023.

PROPOSIÇÕES
FR: O cobertor é utilizado para aquecer/cobrir o corpo, principalmente em lugares com temperatura mais baixa. Apesar de ser utilizado para manter temperatura corporal em equilíbrio com a temperatura ambiente, quando são utilizados por pré-escolares são

incapazes de promover a ação do autocuidado levando ao risco de sufocação por ficar preso ao dormir com outras pessoas.
FR: Quando um pré-escolar no horário de dormir divide cama/espço de dormir, pode acontecer o <i>esmagamento na cama</i> de forma que a criança não consiga se virar, levantar e falar por obstruir as vias aéreas com travesseiro, cobertor, ou o próprio corpo de outrem que leve ao risco de sufocação. Necessitando de um método de ajuda, a orientação dos riscos.
FR: O <i>ambiente inseguro</i> promove acessibilidade do pré-escolar aos riscos, tornando-se como um fator condicionante básico. A atenção deve ser dada à inalação de corpos estranhos nas vias respiratórias e o manejo de nozes, feijões e botões como substâncias perigosas para evitar a exposição dos pré-escolares.
FR: O pré-escolar, a faixa etária é um fator condicionante básico, para a condição da <i>hiperatividade</i> , estará suscetível a baixa habilidade de identificar o risco de sufocação.
FR: A <i>inadequada supervisão dos responsáveis</i> é um fator condizente ao déficit do requisito de autocuidado universal, à medida que as crianças crescem, os responsáveis tendem a reduzir a quantidade/qualidade de supervisão, deixando as crianças por conta própria e tendendo a acreditar que o pré-escolar pode lidar suficientemente com os riscos.
FR: A <i>baixa escolaridade dos responsáveis</i> leva ao déficit do requisito de autocuidado universal que interfere na prevenção e tomada de decisão frente a vulnerabilidade ou intercorrência para o risco de sufocação.
FR: O <i>corpo estranho</i> é um déficit do requisito de autocuidado universal, por se tratar da incapacidade do pré-escolar em manter o ar suficiente, uma vez que esta comprometido pela obstrução das vias aéreas.
PR: Um indivíduo que apresenta fator ambiental como a baixa ou média <i>condição socioeconômica</i> , esta mais suscetível a ambiente inseguro por apresentar condições desfavoráveis de segurança levando as crianças serem expostas aos riscos.
PR: Os pré-escolares do <i>sexo masculino</i> constituem a maior parcela do público com risco de sufocação, pela fase de crescimento e desenvolvimento comportamental e físico, bem como a curiosidade e exploração do ambiente. Ser do sexo masculino, um fator condicionante básico, aumenta o risco de lesões devido às suas diferenças psicológicas e comportamentais em relação às crianças do sexo feminino.

Legenda: FR – fator de risco; PR – populações em risco

Fonte: A autora (2023)

5.6 ESTABELECIMENTO DAS RELAÇÕES DE CAUSALIDADE E DE EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA

Última etapa da TMA, foi estabelecida por meio da descrição do modelo teórico causal para o diagnóstico Risco de sufocação em pré-escolares, possibilitando um raciocínio e julgamento clínico para prática e pesquisa, conforme o Quadro 10.

Quadro 10 – Relações causais dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife/PE, Brasil, 2023.

RELAÇÕES DE CAUSALIDADE
Teoria de Autocuidado

Déficit da ação do autocuidado
O <i>cobertor</i> está associado ao risco de sufocação por ser de dimensões grandes em relação a massa corporal dos pré-escolares e ao ficar na região da face pode obstruir a passagem de ar e a obstrução das vias aéreas superiores.
Fatores condicionantes básicos
A criança <i>hiperativa</i> está susceptível por ter dificuldade em identificar os riscos de sufocação, dificultando a criança decidir como sair da situação de risco.
Crianças do <i>sexo masculino</i> quando comparadas as do sexo feminino, apresentam desenvolvimento comportamental diferente por ser uma população que socialmente e culturalmente tendem a se aventurar diante os riscos.
Fator ambiental
<i>Baixa condição socioeconômica</i> apresentam riscos de sufocação comparando as que tem boa condição, pois tem maior probabilidade de viver em lugares com uma infraestrutura física inadequada com possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de uma assistência resolutiva.
Déficit dos requisitos de autocuidado universal
<i>Corpo estranho</i> é um fator bem característico da sufocação por causar obstrução de vias aéreas, os pré-escolares requerem essa provisão de autocuidado pelos seus responsáveis.
<i>Ambiente inseguro</i> está associado ao acesso a objetos, alimentos que não são recomendáveis para os pré-escolares, principalmente, sem supervisão.
<i>Inadequada supervisão dos responsáveis</i> por mais de 20 minutos ou quando há outras crianças no mesmo ambiente aumenta do risco de sufocação. Para evitar é importante que os responsáveis sejam orientados sobre as causas e ocorrência de lesões que levam a sufocação, bem como sobre ações preventivas como ofertar a criança ambiente seguro e fortalecer a supervisão permanente e continuada.
Responsáveis com <i>baixo nível de escolaridade</i> é um fator que pode influenciar quanto à seleção e/ou manter alimentos e objetos de recreação inadequados para idade, além da mínima conscientização sobre segurança e dos fatores de riscos.
Teoria do Déficit de Autocuidado
<i>Esmagamento na cama</i> é um fenômeno que acontece quando a criança divide espaço ao dormir com outros. A maneira mais segura é dormir no berço, na posição dorsal, em uma superfície não compartilhada e sem roupa de cama macia (por exemplo, cobertores, travesseiros e outros objetos macios) em sua área de sono.
Teoria dos Sistemas de Enfermagem - Apoio educação
Todos os fatores de risco e populações em risco apresentam inter-relações, onde o pré-escolar é incapaz de desempenhar o autocuidado, requerendo orientação ou até mesmo apoio de seus responsáveis na realização do autocuidado.

Fonte: A autora (2023)

6 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES

Para esta etapa de análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares participaram 48 juízes (Tabela 3).

Os participantes apresentaram, em média, 32,7 anos. Percentual de 77,1% se declarou do sexo feminino e a maioria trabalha na Região Nordeste do Brasil (n=43; 89,6%). Sobre a titulação profissional, 66,7% (n=32) possuem especialização, e 16,7% (n=8) referiram que as pesquisas para conclusão da titulação profissional (especialização/mestrado/doutorado) foram relacionadas à área da saúde da criança. Quanto à atuação profissional, 83,3% (n=40) exercem a função assistencial, 72,9% (n=35) são enfermeiros que trabalham em hospital e 64,5% (n=31) possuem tempo de prática profissional de 0 a 7 anos.

Sobre a experiência com pesquisas, 33,3% (n=16) relataram ter desenvolvido estudos com terminologias de enfermagem e somente 22,9% (n=11) participam ou participaram de grupos de pesquisa nessa temática. A realização de pesquisas na área da saúde da criança foi relatada por 37,5% (n=18) dos participantes.

Com relação à utilização de diagnóstico de enfermagem na prática assistencial, 66,7% (n=36) informaram a utilização dessa terminologia e 10,4% (n=5) identificaram frequentemente o diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação durante a atuação profissional. Quanto à atuação docente, 27,1% (n=13) ministram disciplinas sobre diagnóstico de enfermagem, e 25,0% (n=12) na área da saúde da criança. A avaliação do nível de expertise dos juízes mostrou que 75,0% são principiantes/novatos (n=36), 20,8% são iniciante avançado (n=10) e somente um participante foi considerado proficiente. Não houve participação de juiz com o mais alto grau de expertise (expert), conforme se verifica na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização socio demográfica e profissional dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares (n=48). Recife, Pernambuco, 2023

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	37	77,1
Masculino	11	22,9

Região do Brasil/ Exterior

Nordeste	43	89,6
Sudeste	2	4,2
Sul	3	6,3
Atuação profissional		
Assistencial	40	83,3
Ensino	4	8,3
Ensino e assistência	4	8,3
Tempo de prática profissional		
0-7	31	64,5
8-14	10	20,8
15-21	3	6,3
22-28	2	4,2
29-35	2	4,2
Local onde exerce suas atividades profissionais		
Hospital	35	72,9
Instituição de Ensino	7	14,6
Unidade Básica de Saúde	2	4,2
Outros	4	8,3
Titulação profissional		
Especialista	32	66,7
Mestre	14	29,2
Doutor	2	4,2
Área/ tema do trabalho de titulação		
Oncologia	3	6,3
Saúde da Mulher	6	12,5
Saúde da Criança	8	16,7
Saúde da família	2	4,2
Emergência Geral	6	12,5
UTI	5	10,4
Saúde Pública	6	12,5
Outros	12	25,0
Local onde exerce suas atividades profissionais		
Hospital	35	72,9
Instituição de Ensino	7	14,6
Unidade Básica de Saúde	2	4,2
Outros	4	8,3
Desenvolvimento de estudos com a temática de Terminologias/ Classificações de Enfermagem		
Não	32	66,7

Sim	16	33,3
Desenvolvimento de estudos na área da saúde da criança		
Não	30	62,5
Sim	18	37,5
Participação em grupos/projetos de pesquisa na temática de Terminologia/ Diagnóstico de Enfermagem		
Não	37	77,1
Sim	11	22,9
Utilização de Diagnósticos de Enfermagem na prática assistencial		
Sim	36	66,7
Não	12	33,3
Utilização de Diagnósticos de Enfermagem na docência		
Não	30	62,5
Sim	18	37,5
Em sua prática profissional atua ou atuou com crianças na idade pré-escolar?		
Não	35	72,9
Sim	13	27,1
Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco de sufocação na prática clínica		
Frequentemente	5	10,4
Poucas vezes	23	47,9
Não lembro	8	16,7
Nunca	5	10,4
Ministra disciplinas que envolvem a temática dos Diagnósticos de Enfermagem		
Não	35	72,9
Sim	13	27,1
Ministra disciplinas referentes à saúde da criança		
Não	36	75,0
Sim	12	25,0
Nível de expertise		
Novato	36	75,0
Iniciante avançado	10	20,8
Competente	1	2,1
Proficiente	1	2,1
Idade		

Média = 32,7

Desvio-padrão = $\pm 7,95$

Tempo de prática profissional

Média = 5,72

Desvio-padrão = $\pm 6,57$

Fonte: dados da pesquisa

Sobre a avaliação do rótulo/título, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação (Tabela 4), no contexto dos pré-escolares, todos esses elementos foram considerados adequados, conforme teste binomial que evidenciou que a proporção encontrada foi maior do que 0,80, conforme valor de $p > 0,05$. Assim, na avaliação dos juízes, a proposta da taxonomia da NANDA-I para o referido fenômeno de enfermagem está apropriada para os pré-escolares. Embora os juízes tenham concordado com a definição, foi recomendado a atualização através dos atributos encontrados na análise de conceito. Sendo assim, foi elaborado duas definições para a opinião e sugestões.

Tabela 4 – Percentual de concordância dos juízes quanto à adequabilidade do rótulo, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares (n=48). Recife, Pernambuco, 2023

Variáveis	N	%	Valor p*
Rótulo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação			
Sim	47	97,9	1,000
Não	1	2,1	
Definição diagnóstica para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação			
Sim	41	85,4	0,854
Não	7	14,6	
Domínio – Segurança/Proteção			
Sim	48	100,0	--
Classe 2 – Lesão física			
Sim	42	87,5	0,938
Não	6	12,5	

Fonte: dados da pesquisa

*Teste binomial

Quanto à avaliação dos atributos do diagnóstico Risco de Sufocação (Tabela 4), todos foram considerados válidos, uma vez que o IVC atingiu valor maior do que o previsto (IVC=0,80). Ademais, a avaliação dos juízes foi considerada consistente, logo a avaliação dos

juízes tende a ser similar, uma vez que o α foi maior do que o previsto para estudos dessa natureza ($\alpha=0,70$).

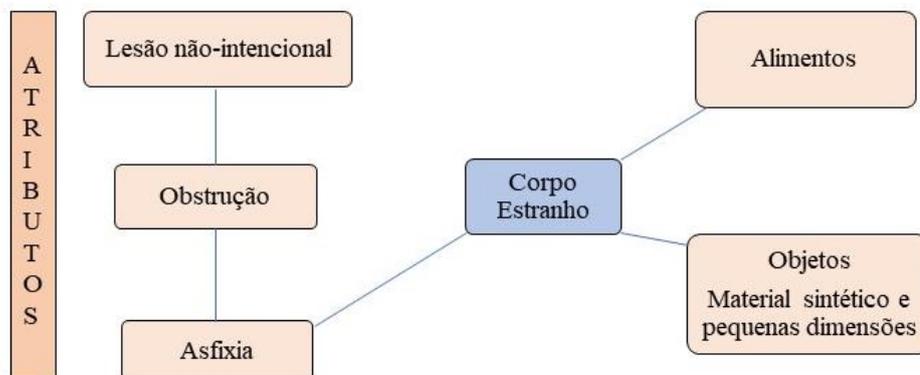
Tabela 5 – Índice de Validade de Conteúdo dos atributos do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife, 2023

Atributos	*IVC	IC95%	
Asfixia não intencional	1,00	0,88	1,00
Lesão não intencional	1,00	0,88	1,00
Corpo estranho nas vias aéreas	1,00	1,00	1,00
Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos	1,00	0,88	1,00
Presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos	1,00	1,00	1,00
Obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho	1,00	1,00	1,00
Objetos de pequenas dimensões	1,00	1,00	1,00
Objetos de material sintético	1,00	0,88	1,00
Concordância	**S = 0,57	IC95%: 0,51 – 0,65	
Consistência	*** α = 0,78	IC95%: 0,68 – 0,87	

*IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **S: índice global; *** α : coeficiente de confiabilidade.
Fonte: dados da pesquisa

Com base nos atributos descritos foi elaborado uma figura síntese para visualização objetiva e clara, figura 5.

Figura 5 – Conceitos inter-relacionados encontrados na Literatura



Fonte: A autora (2023)

Após a análise dos atributos pelos juízes, apesar de concordarem com a definição da NANDA-I ao Diagnóstico em estudo, foi recomendado ajustes considerando os conceitos encontrados na literatura. Assim foi submetido um *Google Docs Forms* para validar duas

definições propostas "Suscetível à obstrução das vias aéreas por lesão não intencional" e "Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar nos pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho". De 48 juízes, 39 enviaram respostas quanto a análise da definição.

A definição 1 obteve nove juízes que concordam com a definição do NANDA-I; a definição 2 teve a concordância de 16 juízes, já os demais 15 juízes sugeriram a definição 3. Destes que analisaram, um juiz recomendou abordar a suscetibilidade e o comprometimento da saúde e outro juiz incluir tanto a possibilidade de lesão quanto a de obstrução, sugerindo juntar as duas causas em uma única definição. Considerando a NANDA-I e os atributos encontrados na literatura foi acatado seguinte definição 3 "Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar comprometendo os pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho".

Quanto os fatores de risco também foram considerados válidos, uma vez que o IVC atingiu valor maior do que o previsto. Ademais, os juízes tenderam a avaliar de forma similar esses fatores de risco. A tabela 6 apresenta o detalhamento desses resultados.

Tabela 6 – Índice de Validade de Conteúdo dos fatores de risco do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares. Recife, 2023

Fatores de risco	*IVC	IC95%	
Cobertor	1,00	0,88	1,00
Esmagamento na cama	1,00	0,88	1,00
Ambiente inseguro	1,00	0,88	1,00
Desenvolvimento comportamental infantil	1,00	1,00	1,00
Desenvolvimento físico infantil	1,00	1,00	1,00
Hiperatividade	0,88	0,87	1,00
Inadequada supervisão dos responsáveis	1,00	0,88	1,00
Baixa escolaridade dos responsáveis	1,00	0,88	1,00
Concordância	**S = 0,46	IC95%: 0,40 – 0,53	
Consistência	*** α = 0,76	IC95%: 0,65 – 0,86	

*IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **S: índice global; *** α : coeficiente de confiabilidade. Fonte: dados da pesquisa

As populações em risco também apresentaram validade de conteúdo, considerando seus elevados valores de IVC (Tabela 7). Ademais, as avaliações tenderam a similaridade, assim como ocorreu com os atributos e os fatores de risco.

Tabela 7 – Índice de Validade de Conteúdo das populações em risco do diagnóstico de Enfermagem Risco de Sufocação em idade pré-escolares. Recife, 2023

Populações em risco	*IVC	IC95%
Condição socioeconômica	0,88	0,87 – 1,00
Sexo masculino	0,87	0,75 – 1,00
Concordância	**S = 0,87	IC95%: 0,77 – 0,97
Consistência	*** α = 0,70	IC95%: 0,57 – 0,83

*IVC: Índice de Validade de Conteúdo; **S: índice global; *** α : coeficiente de confiabilidade.
Fonte: dados da pesquisa

Após a análise dos juízes, foram considerados válidos sete fatores de risco. Um fator renomeou a nomenclatura “Esmagamento na cama - Cama Compartilhada”, dois foram excluídos “Desenvolvimento comportamental infantil (curiosidade)” e “Desenvolvimento físico infantil (exploração)” e um foi inserido “Corpo estranho”. Em relação as duas populações em risco permaneceu o que foi proposto, com ajustes “Crianças (Sexo masculino)” foi desmembrado em três populações “Pré-escolares”, “Pré-escolares com atributos biológicos e anatômicos do sexo masculino” e “Condição socioeconômica (classe baixa e média) renomeado em “Baixa condição socioeconômica”, conforme Quadro 11.

Quadro 11 – Proposta inicial e final dos componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação em pré-escolares, após avaliação dos juízes. Recife/PE, Brasil, 2023

Risco de Sufocação	Risco de Sufocação
<p>Definição 1: "Suscetível à obstrução das vias aéreas por lesão não intencional".</p> <p>Definição 2: “Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar nos pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho”.</p> <p>Fatores de risco: Cobertor Esmagamento na cama Ambiente inseguro Desenvolvimento comportamental infantil (curiosidade) Desenvolvimento físico infantil (exploração) Hiperatividade</p>	<p>Definição: “Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar comprometendo os pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho”.</p> <p>Fatores de risco: Cobertor Cama Compartilhada Ambiente inseguro Hiperatividade Inadequada supervisão dos responsáveis Baixa escolaridade dos responsáveis Corpo estranho</p> <p>População em risco:</p>

Inadequada supervisão dos responsáveis Baixa escolaridade dos responsáveis	- Baixa condição socioeconômica - Pré-escolares - Pré-escolares, com atributos biológicos e anatômicos do sexo masculino
População em risco: Condição socioeconômica (classe baixa e média) Crianças (Sexo masculino)	

Fonte: A autora (2023)

7 DISCUSSÃO

Os fenômenos de Enfermagem identificados, tornam-se objeto de estudo e da assistência e no presente estudo, a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação foi um fenômeno que despertou interesse no contexto de ambiente de educação infantil, na pré-escola, por ter uma população que requer cuidados preventivos e de promoção à saúde. Com esse conhecimento, os enfermeiros poderão prestar assistência permeada pelo educar-cuidar em uma perspectiva crítica e problematizadora, na qual as coletividades são instigadas a refletir e transformar sua realidade.

O diagnóstico de enfermagem por ser uma etapa fundamental do processo de enfermagem devido a interpretação científica dos dados coletados na avaliação clínica do cliente e ser o subsídio para o planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem tem sido objeto de investigação científica para o avanço da ciência em Enfermagem. Tal preocupação inicia na década de 1970 quando começou a nomear as necessidades de cuidado com a linguagem padronizada em constante desenvolvimento por meio da NANDA – I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Diante da importância de nomear as necessidades de cuidado e ter evidências clínicas que confirmam a presença do diagnóstico, pesquisas sobre validação de diagnósticos de enfermagem vêm despertado interesse na comunidade científica desde a década de 1990 para melhorar e legitimar os diagnósticos descritos pela Taxonomia da NANDA- I (OLIVEIRA; DURAN, 2015). Acrescenta-se uma outra preocupação quanto às evidências acumuladas e teorias que fundamentam a interpretação da resposta humana esteja representada pelo título diagnóstico e a interpretação correta de atributos que incluem características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e populações em risco (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesse sentido, estudos de validação de diagnóstico de enfermagem por meio de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) é uma abordagem que vem sendo adotada pelos pesquisadores desde os meados da década de 1980 e vem crescendo a nível mundial e no cenário brasileiro ainda é incipiente. Em uma revisão de literatura sobre como as TMA têm sido desenvolvidas na enfermagem, identificou 25 artigos publicados entre os anos 1989 e 2016, destes 19 nos Estados Unidos, três no Canadá e apenas um no Brasil, México e Finlândia. Das teorias de enfermagem, Modelo de Adaptação de Roy foi o mais adotado para embasamento teórico seguido pela teoria do autocuidado de Orem (LEANDRO *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação pela

TMA com o modelo teórico de Dorothea Orem, poderá contribuir para o avanço da enfermagem em um fenômeno específico que é a sufocação, com particularidades de uma população alvo que são os pré-escolares.

A evidência de validade desse DE Risco de Sufocação têm um nível 2.1 que significa uma validade conceitual, o desenvolvimento de uma estrutura conceitual e/ou uma teoria substancial que fundamente as interpretações obtidas a partir dos elementos que constituem o diagnóstico. Para a construção de uma teoria sólida, a identificação dos componentes do DE que possibilite um entendimento das relações clínicas e/ou psicossociais a realização de outras níveis de evidência são necessários como a validade conceitual dos elementos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesse entendimento, a validação do DE Risco de Sufocação, perpassou pela análise de conceito em uma das finalidades descritas no nível 2.1.1, a saber: esclarecer a definição do DE e seus componentes, os indicadores clínicos que compõe os fatores etiológicos que formam o conjunto de fatores de risco além da população de risco relevantes. Conhecer os indicadores diagnósticos e a população de risco foi possível compreender as potencialidades que aumentam a vulnerabilidade das crianças no ambiente pré-escolar, irá contribuir para o nível de evidência 2.1.1 da validade conceitual dos elementos.

Esse DE Risco de Sufocação é um fenômeno que foi investigado pela enfermagem na população de adultos e em crianças em contexto domiciliar ou hospitalar (AMARAL *et al.*, 2019; MOREIRA; VIDOR, 2019). Desta forma, reafirma-se a contribuição dos resultados do presente estudo com a finalidade de atualizar este DE Risco de sufocação para os pré-escolares no ambiente de educação infantil.

A análise de conceito realizada na primeira etapa, foi desenvolvida para o processo de validação de diagnóstico de enfermagem por meio da busca da literatura, com a identificação de alguns elementos como a definição do diagnóstico (atributos), os fatores antecedentes (fatores de risco) e populações em risco (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Dos antecedentes identificados, verifica-se que os acidentes ocorrem principalmente com os grãos e objetos de pequena dimensão.

A análise de conceito proposto por Walker e Avant (2019), possibilitou a busca da definição do núcleo conceitual “sufocação”, termo associado aos mecanismos fisiológicos e interferência de funcionamento do sistema respiratório quando exposto aos riscos. Dos atributos críticos: “asfixia não intencional”, “lesão não intencional”, “corpo estranho nas vias aéreas”, “presença de corpo estranho nas vias aéreas (alimentos)”, “presença de corpo estranho nas vias aéreas (objetos)”, “obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho”, “objetos de pequenas

dimensões”, “objetos de material sintético” foi possível construir uma nova proposta de definição do “risco de sufocação” a qual foi submetida à validação.

Ainda sobre a definição do conceito em estudo, têm-se como base o seu núcleo central, que é o termo “sufocação”, definido pela NANDA-I (2021-2023) como “Suscetibilidade a disponibilidade inadequada de ar para inalação que pode comprometer a saúde”. Pela definição, o termo risco tem um conceito restrito sem clarificar diretamente a consequência na resposta do sistema respiratório e o comprometimento no mecanismo fisiológico de funcionamento desse sistema.

Ressalta-se que os atributos encontrados são um complemento exemplificando o que acomete as funções básicas do sistema respiratório que em casos de exposição a estes fenômenos a traqueia e suas ramificações ficam vulneráveis a prejuízos no transporte de gases, principalmente o oxigênio, dificultando a homeostase, pelo impedimento da passagem do ar. Assim, verifica-se que dos conceitos encontrados nenhum faz parte do atual definição, conquanto, se faz necessário a atualização da definição tornando-a mais completa.

Após esta etapa foram elencados os fatores de risco como os ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. São fatores passíveis de modificação pelos enfermeiros de forma independente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Dessa forma foram encontrados os seguintes fatores de risco ao DE em questão: “cobertor”, “esmagamento na cama”, “ambiente inseguro”, “hiperatividade”, “inadequada supervisão dos responsáveis” e “baixa escolaridade dos responsáveis”. Observa-se que o NANDA – I em sua última versão contempla apenas dois fatores de risco semelhante ao que foi encontrado neste estudo, “superfície de sono macia” e “conhecimento inadequado de segurança/precauções”.

A nova estrutura da NANDA-I traz ainda as populações em risco, que são os grupos de pessoas com características comuns que fazem cada indivíduo ser suscetível a uma determinada resposta humana. Tais características não são passíveis de modificação pelos enfermeiros (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Em relação a população de risco relacionada ao DE risco de sufocação na última versão do NANDA-I não contemplava esse elemento e na busca da literatura foram encontrados, pré-escolares, pré-escolares (sexo masculino) e indivíduos de baixa condição socioeconômica como grupos suscetíveis ao DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Além da população em risco, na nova publicação há as “condições associadas”, que por

sua vez, são aquelas que estão relacionadas a diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos e também não são passíveis de modificação pelos enfermeiros. No presente estudo não foram identificados novas condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os elementos encontrados: atributos, fatores de risco e população em risco fizeram parte das etapas de Walk e Avant assim como da Teoria de Médio Alcance, seguindo as demais etapas foram elaboradas as definições conceituais e operacionais (BURNS; GROVE, 1995; GRANT; KINNEY, 1991).

Em continuação as etapas, foi elaborado um pictograma figurado no qual identificamos os quatro conceitos principais que formam o metaparadigma: a pessoa (pré-escolares), saúde (risco de sufocação), enfermagem (Teoria de Orem) e ambiente (educação infantil/ pré-escolar). Neste pictograma, também observamos os antecedentes (fatores de risco e as populações em risco), para representar os conceitos encontrados na literatura e fazer correlação a TMA de Orem. A representação por meio de um pictograma ou quadro síntese é um item importante ao permitir aos enfermeiros compreenderem o que ocorre na prática, organizando de forma crítica as informações, além de elucidar as relações envolvidas entre os principais conceitos das teorias (LEANDRO *et al.*, 2020).

As teorias de enfermagem são definidas como um conjunto de conceitos que estão inter-relacionados de maneira lógica, com finalidade de explicar, descrever ou prever fenômenos (MELEIS, 2018). Estas podem ser classificadas em grandes teorias, TMA e teorias práticas. As TMA podem orientar a prática do enfermeiro, por ser resultado de pensamentos teóricos que resumem e integram o conhecimento da enfermagem, além de preencher lacunas entre teoria e a pesquisa (LOPES; SILVA, 2016).

A TMA preditiva identifica os efeitos de um ou mais conceitos, a fim de descrever a forma como as mudanças ocorrem em um fenômeno, indo além das explicações prévias para as relações causais entre os conceitos (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Portanto, a TMA preditiva para o DE risco de sufocação pode ser aplicado no contexto dos pré-escolares e construída com base a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001) e nos resultados da revisão integrativa (GOMES *et al.*, 2019). Além, de observar a integração da TMA e os conceitos através do pictograma desenvolvido neste estudo contemplando uma das penúltimas etapas da TMA.

Na TMA construída para o fenômeno Risco de Sufocação em pré-escolares fez-se uma correlação dos fatores de risco e população em risco com a Teoria de Orem. A Teoria Geral de Enfermagem de Orem (do autocuidado, déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem)

tem sido utilizada na assistência de enfermagem para o fortalecimento da assistência qualificada e humanizada, e quando se trata de um DE de risco de sufocação em um ambiente infantil podemos identificar a importância dos responsáveis na prevenção desse fenômeno (OREM, 2001).

Segundo OREM (1991), quando a pessoa é incapaz de proporcionar o autocuidado, a enfermeira providencia a assistência necessária. Para as crianças, os cuidados de enfermagem são necessários quando os pais ou responsáveis não são capazes de proporcionar a quantidade e a qualidade de cuidado necessário. Quanto aos conceitos centrais, autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado, dentre esses, três são aplicáveis à população em estudo, onde há dependência de cuidado por seu responsável.

A *ação de autocuidado* é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. É afetada por *fatores condicionantes básicos* que são idade, sexo, o estado de desenvolvimento, entre outros, e as crianças exigem cuidado ou assistência completa nas atividades de autocuidado (OREM, 1991; GEORGE, 2000). A *demanda terapêutica* se molda pela ação deliberada que é desempenhada por alguns membros de um grupo a fim de beneficiar outros de maneira específica. Esse conceito central da teoria exemplifica a aplicabilidade do conceito pelo enfermeiro aos responsáveis pela criança (GEORGE, 2000).

Além desses conceitos, foi adicionado à teoria de Orem os requisitos de autocuidado conhecido também como ações dirigidas e exigências de autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos universais de autocuidado são atividades da vida diária que associam-se aos processos da vida, manutenção e funcionamento. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados e tem-se como exemplo dois requisitos característicos ao estudo: manutenção de uma ingestão suficiente de ar; e prevenção dos perigos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano (GEORGE, 2000).

Em relação à manutenção de uma ingestão suficiente de ar, considera-se a sufocação fenômeno que interfere nessa manutenção, já a prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano condiz ao papel do enfermeiro como educador em saúde, em proporcionar orientações aos responsáveis pela criança quanto aos riscos, entre eles, o de sufocação no ambiente de educação infantil (GEORGE, 2000).

A teoria do déficit de autocuidado especifica quando a enfermagem é necessária para auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado efetivo continuado. Entre os cinco métodos de ajuda, a enfermeira pode ajudar o indivíduo usando um ou todos esses métodos para

proporcionar a assistência com autocuidado, como o agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, e por fim o ensinar (GEORGE, 2000).

A teoria dos sistemas de enfermagem, segundo OREM (2001) é essencial para o fornecimento de orientações e aconselhamentos com vistas a promover o autocuidado. O enfermeiro atua como educador em saúde e promove ações de autocuidado que devem ser desempenhadas pelos responsáveis. Quando um sistema de enfermagem apoio-educação está ausente/inadequado, as práticas de autocuidado ficam comprometidas, como por exemplo, ambiente inseguro, inadequada supervisão dos responsáveis, entre outros.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem postula que os indivíduos podem ser ajudados por meio de sistemas, a exemplo do apoio-educação, que é caracterizado pelo fato de as pessoas estarem sob orientação e assistência de enfermagem e por elas serem capazes de aprender a desempenhar ações de autocuidado (GEORGE, 2000).

Neste estudo, as crianças são dependentes de cuidados dos seus responsáveis, que estão inserido no ambiente doméstico e/ou escolar. No ambiente escolar os educadores, cuidadores, professores são responsáveis pelo cuidado das crianças, tornando-se o agente que poderá identificar os riscos e juntamente ao enfermeiro preparar um ambiente seguro e adequado (OREM, 2001).

Na TMA construída para o fenômeno Risco de sufocação em pré-escolares com base no referencial de Orem (2001) é essencial para o fornecimento de orientações e aconselhamentos com vistas a promover o autocuidado. O enfermeiro atua como conselheiro e ensina as ações de autocuidado que devem ser guiadas pelos responsáveis, uma vez que o crescimento e o desenvolvimento das crianças dependem dos cuidados realizados pelos responsáveis. Dessa forma, se o indivíduo não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender e proporcioná-los.

Os pré-escolares de quatro a cinco anos de idade constituem faixa populacional de grande importância, devido ao processo de maturação biológica e pelo desenvolvimento sócio-psicomotor (BRASIL, 2002).

Este grupo infantil é o mais vulnerável aos desastres e acidentes, quanto mais jovem e imatura for a criança, menor sua percepção de risco e maior sua vulnerabilidade e dependência de terceiros em termos de segurança contra acidentes e desastres. A vulnerabilidade da criança aos acidentes é variável em função do nível de coordenação de seu sistema nervoso, aptidão motora, senso de percepção de risco e da instintiva proteção a ela dispensada pela mãe e demais familiares (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança tem a proposta de promover

e proteger a saúde da criança e diminuir a mortalidade infantil, inclui ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança para prevenção de acidentes na infância. As ações de prevenção para adoção de atitudes que promovam a segurança das crianças devem levar em consideração os fatores de risco, vulnerabilidade e estágio de desenvolvimento de cada criança. Essas ações devem ser observadas por meio de elaboração dos planos, programas, projetos e das ações de saúde voltadas para a criança (BRASIL, 2018).

Diante dessa realidade, pesquisa mostra a ocorrência de casos de obstruções das vias aéreas nas faixas etárias entre dois anos a oito anos (WAKSMAN; GIKAS; BLANK, 2009; SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, qualquer material pode se tornar um corpo estranho no sistema respiratório e a maior suspeita de que o acidente ocorreu é a situação de engasgo. Isso ocorre quando a criança está comendo, ou quando está com um objeto na boca, habitualmente peças pequenas de brinquedos. No Brasil, milho, feijão e amendoim são os grãos mais comumente aspirados na faixa etária pediátrica. Por outro lado, o material mais relacionado a óbito imediato por asfixia é o sintético, como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos (SBP, 2014).

No Brasil, Aspiração de Corpo Estranho (ACE) é a terceira maior causa de morte acidental na faixa etária pediátrica, principalmente em menores de quatro anos. Enquanto nos Estados Unidos, isso se difere, pois o ACE é a principal causa de morte acidental em crianças menores de seis anos (SOUSA, 2009; VASCONCELOS, 2014). É importante a identificação precoce da ACE como a hipótese perante situações de dificuldade respiratória súbita: sibilância ou estridor, cianose, sinais de dificuldade respiratória, apneia, tosse, rouquidão ou assimetria na auscultação pulmonar é determinante na evolução do quadro, uma conduta tardia pode resultar em consequências graves, como sequelas e o óbito (RODRIGUES, 2016).

Em 2013, os Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto, lançaram o Programa Saúde na Escola (PSE), o qual se expandiu para todo o Brasil com inclusão da creche e a pré-escola (BRASIL, 2014). Nesse contexto, o enfermeiro tem atuado de forma significativa no cenário da pré-escola, por meio de ações de promoção da saúde envolvendo desde o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como orientações aos cuidadores quanto às fases da criança e assim promover conhecimentos sobre os acidentes na infância, dentre eles o risco de sufocação (SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011).

A educação em saúde permite um processo de construção de conhecimentos que tem como finalidade o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado (BRASIL, 2006). Sendo assim, deve envolver tanto os profissionais de saúde, que valorizem práticas de prevenção e

promoção, quanto os gestores e a população que precisa construir com seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados da saúde, individual e coletivamente (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Atividades de educação em saúde promovidas pelos profissionais de saúde podem ser direcionadas para os pais, cuidadores e responsáveis assim como para as crianças na prevenção de acidentes (ARAÚJO *et al.*, 2017). O presente estudo, traz a atribuição do enfermeiro em capacitar os profissionais da educação para que eles saibam contemplar as necessidades de cada faixa etária da criança. Como recursos didáticos pode-se desenvolver programas para a conscientização dos riscos, desenvolver materiais visuais e de apoio, como também capacitação aos primeiros socorros são fundamentais (GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2017; JONGE *et al.*, 2020).

Um estudo tenta compreender fatores de risco e às causas dos acidentes com crianças que demonstra a importância da implementação futura de medidas preventivas e educativas, com vistas à prevenção, à identificação e ao manejo da aspiração de corpos estranhos (AMARAL *et al.*, 2019). Embora o conhecimento preventivo seja importante, no que se refere a atuação frente a uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças, os profissionais referem insegurança e desconhecimento, o que implica na necessidade de ações educativas para capacitação (JONGE *et al.*, 2020).

Entre os diagnósticos relativos à necessidade de proteção física e de segurança, o diagnóstico de risco de sufocação está presente em 40,5% dessas crianças (COSTA *et al.*, 2018). Diante o diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação, verifica-se a importância da prevenção deste tipo de acidente em pré-escolares, porém poucos estudos enfatizam o DE Risco de Sufocação por OVACE.

A Validação de Conteúdo Diagnóstico, foco desta pesquisa, baseia-se na obtenção de opiniões de enfermeiros juízes acerca dos elementos encontrados na literatura sobre o diagnóstico de enfermagem (FEHRING, 1987). Evidencia-se um aumento no número de publicações relacionadas à validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem nos últimos anos, porém, esse quantitativo ainda é considerado baixo, em relação ao número de diagnósticos publicados na NANDA-I e as diversas áreas da enfermagem (OLIVEIRA; DURAN, 2015). Entretanto, considera-se que a realização desses estudos é imprescindível ao aperfeiçoamento e legitimação de conceitos relacionados ao DE com o objetivo de contribuir para a prática de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Estudos ressaltam dificuldades para obter a quantidade satisfatória de instrumentos de coleta de dados respondidos neste tipo de estudo, uma vez que tem-se uma escassez de

enfermeiros com amplo conhecimento na temática de diagnóstico de enfermagem e que têm disponibilidade (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; DINIZ, 2017; LOPES; SILVA, 2016). Já outras pesquisas assemelham-se ao presente estudo, apresentando retorno dos juízes em tempo hábil (DINIZ, 2017; SOUZA; VERÍSSIMO; CRUZ, 2018).

A caracterização dos juízes demonstrou que a maioria dos enfermeiros são do sexo feminino. Outros estudos de validação de diagnóstico de enfermagem evidenciaram também a amostra com predominância desse sexo (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; MOREIRA *et al.*, 2014; LOUREIRO, 2015; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016; GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016). Apesar do número de enfermeiros venha crescendo, percebe-se que a predominância do sexo feminino na profissão da enfermagem se dá pelo fato do contexto histórico e cultural da profissão. Contudo, ressalta-se que não existem evidências científicas de que o gênero dos juízes possa influenciar estudos de análise de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem (GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016).

A mediana da faixa etária foi de 32,7 anos. Em outros estudos de validação de DE, observa-se também que os especialistas tinham aproximadamente essa faixa etária (MOREIRA *et al.*, 2014; GONÇALVES; BRANDAO; DURAN, 2016).

Em relação à região geográfica de trabalho dos juízes observou-se que a amostra apresenta 89,6% da região Nordeste, esse número deve-se a facilidade de contato com a autora desta dissertação e condiz um crescente interesse local por estudos que envolvam terminologias em enfermagem (SOUZA, 2017). Percebe-se que estudos realizados nos últimos cinco anos também tiveram maior predominância da região nordeste (MANGUEIRA, 2014; SOUZA, 2017), contrapondo-se às pesquisas realizadas em anos anteriores a 2014, que demonstram a região sudeste como predominante (CHAVES, 2008; SOUZA, 2011).

A titulação e a área de atuação, a maioria dos juízes são especialistas que atuam tanto na assistência quanto em instituições de ensino. Pode-se ressaltar a característica de enfermeiros com pós-graduação *stricto sensu* cada vez mais está aumentando (FERREIRA *et al.*, 2015). A maioria dos enfermeiros são especialistas na área de enfermagem saúde da criança, obstétrica ou saúde da mulher e saúde pública, o que dá relevância a este estudo que tem foco no contexto dos pré-escolares em ambiente infantil, posto que essas áreas permitem o cuidado à criança. Oliveira (2011) ressalta que a experiência em utilizar os diagnósticos de enfermagem no ensino, pesquisa e/ou assistência pode contribuir para o estudo.

Quanto a área de titulação predominou a saúde da criança. Esse fator é relevante, pois o desenvolvimento de estudos científicos contribuem para a evolução de enfermagem, principalmente no fortalecimento da profissão como ciência (ERDMANN; PEITER;

LANZONI, 2017). Entretanto, neste estudo, não foi observado o mesmo em relação ao desenvolvimento de estudos e participação de grupos de pesquisa com ênfase nas terminologias de enfermagem. Embora os participantes não terem participado de grupos de pesquisa da área, apresentam conhecimento pela experiência prática e isso garantiu uma discussão aprofundada sobre o conceito estudado.

Desta forma, ressalta-se a importância da experiência clínica na formação de um perfil de expertise, assim como um adequado balanceamento entre experiência prática e formação acadêmica (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013)

Outra questão importante para um bom julgamento quanto aos aspectos relacionados a um diagnóstico de enfermagem são as experiências prática e teórica dos juízes. Esta pesquisa constatou que a maioria dos participantes trabalhavam em atividades assistenciais seguidos daqueles que trabalhavam em instituições de ensino. Em contrapartida, outros estudos encontraram que a maioria dos juízes atuava simultaneamente no ensino e na assistência (SOUZA, 2011; SOUZA, 2017).

No presente estudo, obteve-se zero a sete anos o tempo de atuação profissional. Ressalta-se que não existe uma concordância entre os pesquisadores quanto ao tempo mínimo de experiência necessário para que o juiz seja um bom avaliador. Alguns estudiosos estabelecem o tempo de experiência mínimo de dois anos de prática (SIMMONS *et al.*, 2003). Outros autores sugerem um tempo mínimo de cinco anos de experiência clínica para garantir um perfil de um bom juiz (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). No entanto, os tempos de experiência profissional encontrados nesse estudo estão dentro das recomendações dos estudiosos sobre validação de conteúdo.

O perfil dos juízes contou com predominância na classificação iniciante caracterizado por juízes com conhecimento básico, do qual podem inferir julgamentos sem que haja experiência prévia no assunto de interesse, ou seja, pode gerar conclusões sem que tenha conhecimento sobre o domínio no qual o objeto em estudo está contextualizado. Tal classificação foi feita segundo Benner, Tanner e Chesla (2009) e os critérios de seleção levaram em consideração a experiência acadêmica e clínica dos juízes, assim como aconteceu em outras pesquisas sobre validação de DE (MANGUEIRA, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2016; DINIZ, 2017).

Em contrapartida, é possível que este juiz tenha algum conhecimento em outro domínio que pode ter o auxiliado no processo de julgamento. Neste sentido, esta fase inicial de expertise corresponde a inferências embasadas em intuição, o que pode ser explicado por habilidades inerentes ao senso comum.

Na validação de conteúdo foram solicitada opinião dos juízes quanto a relevância dos elementos do DE. Descritos a seguir.

Sabe-se que o título do Diagnóstico de Enfermagem deve ser claro e com enunciado em nível básico. Além disso, o título deve ter no mínimo o foco e o julgamento (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Assim os juízes consideraram adequado o título já existente no NANDA-I, embora recomendarem atualização de acordo com os atributos encontrados.

Dessa forma, foi elaborado a definição e enviada para validação após análise dos atributos, e foi verificado concordância da definição construída a partir da análise de conceito “Lesão não intencional que torna o indivíduo suscetível à disponibilidade insuficiente de ar comprometendo os pulmões através da obstrução das vias aéreas por corpo estranho”.

A Taxonomia da NANDA-I consta com 13 domínios, que correspondem a uma área de interesse mais ampla do conhecimento da enfermagem e trata-se de categorias que se dividem em classes. Neste estudo DE Risco de sufocação em pré-escolares, encontra-se no domínio 11 (segurança/proteção) e classe 2 (lesão física). Os domínios e as classes devem ser bem definidos, visto que a estrutura auxilia os enfermeiros na localização de um diagnóstico de enfermagem na taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesse sentido, o domínio “Segurança/proteção” do DE em estudo, proposto pela Taxonomia da NANDA-I, é aceito pela maioria dos especialistas. Esse domínio está relacionado aos diagnósticos de enfermagem “livre de perigo, lesão física ou danos ao sistema imunológico; preservação da perda; e proteção de segurança e segurança” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A referida taxonomia consta com 47 classes, que consistem em agrupamentos com características em comum, que são grupos de diagnósticos similares (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A classe “lesão física” do DE em estudo, proposta pela Taxonomia da NANDA-I, é aceita pelos juízes, que segundo a referida taxonomia está relacionada a lesão corporal ou ferida. Nessa classe, estão inseridos 36 diagnósticos de enfermagem, dentre eles o DE Risco de sufocação. A classe “lesão física” é a segunda classe do domínio “Segurança/proteção” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em relação a avaliação dos juízes quanto aos atributos foi considerado adequado, visto que o IC do IVC foi $> 0,8$ sendo esses: asfixia não intencional, lesão não intencional, corpo estranho nas vias aéreas, presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos, presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos, obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho, objetos de pequenas dimensões e objetos de material sintético. Porém, foi visto por alguns juízes que há alguns atributos do conceito que fazem parte dos demais. Assim ficaria

“presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos”, “presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos”, “objetos de pequenas dimensões” e “objetos de material sintético” fazendo parte dos tipos de corpo estranho nas vias aéreas.

A “asfixia não intencional” é um tipo de lesão definida como a exposição aguda intencional ou não intencional do corpo humano a energia térmica, mecânica, elétrica ou química que excede os limites de tolerância fisiológica ou privação de oxigênio. A asfixia é classificada em três estágios, sendo: o primeiro caracterizado logo após a aspiração do corpo estranho, manifestado por meio da tosse e da dificuldade respiratória; o segundo, definido como assintomático, e o terceiro, o período em que ocorrem as complicações, a exemplo, a estenose subglótica (WANG *et al.*, 2019; AMARAL *et al.*, 2019; KONG *et al.*, 2020; GONG *et al.*, 2021).

Outro atributo encontrado foi a “Lesão não intencional” que corresponde a lesão ou acidentes para os quais não há evidência de intenção predeterminada (ALKHAMIS *et al.*, 2020). Pré-escolares menores de seis anos por serem mais suscetíveis a baixa capacidade de identificar e responder a perigos potenciais, representam aproximadamente 64,6% dos lesões não intencionais no departamento de emergência (GARZON, 2005). Assim, as injúrias infantis não intencionais representam um dos mais proeminentes problemas de saúde global (ZHOU *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de 2000 crianças morrem de lesões não intencionais diariamente em todo o mundo, entre as quais 95% ocorrem em países de baixa e média renda. Na China, as lesões não intencionais infantis foram responsáveis por quase metade de todas as mortes em crianças menores de 5 anos de idade em 2014 (LILI *et al.*, 2017). Dessa forma, o enfermeiro modifica o risco de lesões por meio de estratégias de prevenção de lesões e educação da criança e da família levando em consideração o desenvolvimento infantil e supervisão dos pais ao projetar esforços de prevenção.

O “corpo estranho nas vias aéreas” é qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra nas cavidades superiores (cavidade nasal, faringe e laringe), considerado corpo estranho por estar em local inadequado, que pode causar obstrução parcial ou total das vias aéreas (AMARAL *et al.*, 2019; AKCA, 2016). Em todo o mundo, os corpos estranhos das vias aéreas são a principal causa de mortes infantis acidentais e a quarta causa mais comum de morte em pré-escolares (SALIH *et al.*, 2016). Embora exista legislação substancial regulando brinquedos e outros itens não alimentícios que possam apresentar risco de asfixia, não há regulamentação ou padrões para educação dos pais e/ou cuidadores de itens alimentares de alto risco de aspiração. Segundo os juízes esse atributo do conceito seria um

fator de risco para o DE em estudo, a partir disso os pesquisadores envolvidos nessa pesquisa revisou a literatura e o conceito de fatores de risco do NANDA-I, assim essa sugestão foi acatada.

“Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos” são os itens mais comuns identificados em eventos de asfixia, isso se explica pela fragilidade na orientação necessária e antecipada do responsável pela criança em conhecer como ofertar alimentação de uma criança de forma segura e com dimensões/textura dos alimentos adequado para idade (CHENG *et al.*, 2019). Por outro lado, outros tipos foram descritos na literatura, os materiais inorgânicos e orgânicos como também amendoins estão frequentemente envolvidos (SALIH *et al.*, 2016; CHENG *et al.*, 2019). Já uma experiência recente de corpos estranhos nas vias aéreas em crianças relataram que quase metade dos agentes causadores eram fragmentos de sementes e nozes (SINK *et al.*, 2016). Uma sugestão de um juiz foi deixar mais direto a nomenclatura “Corpo estranho nas vias aéreas por alimentos”.

Quando o corpo estranho entra na traqueia causado por objetos desce e se aloja em um dos brônquios. As crianças têm a tendência de engolir qualquer coisa inclusive uma grande variedade de objetos como moedas, peças de brinquedos, sementes, nozes, etc. e quando choram ou riem ou pulam de boca cheia, podendo entrar nas vias aéreas em inspiração profunda (GOYAL *et al.*, 2020). No entanto, foi validado o atributo “Presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos” no qual os juízes concordaram que esse conceito condiz com o diagnóstico Risco de Sufocação, considerando que no ambiente de educação infantil há área de recreação no qual as crianças brincam com diversos brinquedos, podendo alguns serem inadequados para idade. Por isso é de suma importância a supervisão dos responsáveis.

Em relação ao atributo “obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho” é uma das causas de asfixia que caracteriza-se pela introdução de algum corpo estranho (objeto, alimento, líquido ou secreção) inadvertidamente nas vias aéreas, possibilitando oclusão parcial ou total das vias respiratórias, dificultando a passagem de ar para o pulmão (SILVA *et al.*, 2021). A obstrução acidental das vias aéreas é uma causa frequente de morte em crianças que pode ser causada por sacos plásticos, travesseiros, obstrução oronasal por lençóis macios ou obstrução do trato respiratório por aspiração de corpos estranhos (GOYAL *et al.*, 2020). Diante a análise dos juízes, o conceito “corpo estranho nas vias aéreas”, “presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos e objetos” já abarca esse conceito, porém a obstrução é o fenômeno que pode ser causado por corpo estranho.

Os “objetos de pequenas dimensões” são aqueles que em sua dimensão de volume oferecem mais riscos de aspiração, como, por exemplo, tampa de caneta esferográfica, botões,

balões vazios, plástico, anéis, moedas, brincos e alimentos pequenos de forma esférica, como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes e brinquedos com peças pequenas (AMARAL *et al.*, 2019). Segundo os juízes “objetos de pequenas dimensões” é um atributo que condiz ao “corpo estranho por objeto”, cujo pode estar inserido neste outro atributo.

Os “objetos de material sintético” são aqueles obtido artificialmente, ou seja, que contém substâncias desenvolvidas em laboratório e não extraídas diretamente da natureza como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos (AMARAL *et al.*, 2019). Este atributo também foi sugerido pelos juízes de ser inserido em “corpo estranho por objeto”.

Entretanto, após análise dos juízes foi acatado as sugestões de alguns atributos, invés de oito fica no total de três, sendo eles asfixia não intencional, lesão não intencional e obstrução de vias aéreas.

A análise de conteúdo demonstrou que todos os antecedentes “cobertor”, “esmagamento na cama”, “ambiente inseguro”, “desenvolvimento comportamental infantil (curiosidade)”, “desenvolvimento físico infantil (exploração)”, “hiperatividade”, “inadequada supervisão dos responsáveis”, “baixa escolaridade dos responsáveis” foram considerados válidos estatisticamente. Sendo três antecedentes relacionados a população de risco “pré-escolares”, “pré-escolares - sexo masculino” e “baixa condição socioeconômica”.

O “cobertor” caracteriza-se como peça de roupa de cama, geralmente de lã ou de algodão, e que se usa sobre os lençóis para proteção contra o frio. A maneira mais segura para os bebês dormirem é de costas, em uma superfície de dormir não compartilhada, em um berço ou berço no quarto dos cuidadores e sem roupa de cama macia (por exemplo, cobertores, travesseiros e outros objetos macios) em sua área de sono (KONG *et al.*, 2020). A asfixia ocorre principalmente no inverno e na primavera por causa do frio, os pais gostam de colchas grossas e cama compartilhada com bebês. O que os juízes comentaram sobre esse atributo é o tipo de material do cobertor que pode causar a sufocação, uma vez que o material fino dificilmente leve a sufocação. Crianças no ambiente de educação infantil pode utilizar e compartilhar o cobertor ao dormir.

O segundo fator de risco encontrado foi “Esmagamento na cama” é um outro fator de risco associado a sufocação do pré-escolar por indivíduo de massa corporal com peso superior ao seu, ocasionada por oclusão de vias aéreas (WANG *et al.*, 2019). Os adultos podem deitar ou rolar em cima ou contra uma criança, prender uma criança entre dois objetos enquanto dorme (LILI *et al.*, 2017). Outro estudo, diz que esse fator esta interligado quando o indivíduo se vira

e acidentalmente esmaga a criança causando a obstrução de vias aéreas (KONG *et al.*, 2020). De acordo com os juízes a nomenclatura desse fator de risco modificável pode ser “Cama compartilhada”, pois retrata o sentido quando se fala indivíduo de massa corporal superior da criança e essa situação acontece quando compartilha a cama. Dessa forma, pesquisadores envolvidos nessa pesquisa revisou o termo diante a literatura e prevalece mais comumente.

Assim como cama compartilhada, o “ambiente inseguro” torna-se um outro fator de risco. Tanto o ambiente doméstico como também o ambiente escolar, as crianças estão susceptíveis a lesão não intencional, como o risco de sufocação. Um estudo, identificou que frequentar creche ou pré-escola e ter responsáveis que não conseguiram manter objetos inadequados para idade fora do alcance das crianças foram significativamente associados a maiores chances de lesões (RIBEIRO *et al.*, 2019). Como um dos acidentes comuns na infância, a sufocação é possível de ser evitado com informações sobre os riscos que uma criança está exposta.

Além dos domicílios, outro ambiente que tem ocorrência de acidentes OVACE é o ambiente de educação infantil, a pré-escola frequentado por crianças na faixa de idade 4 e 5 anos, sendo assim é importante ensinar medidas de prevenção e a partir disso podemos identificar a necessidade do enfermeiro neste cenário (BRITO, 2020; FONTANA; SANTOS, 2014).

Ressalta-se que o caráter multifatorial das lesões na infância está associado a determinantes e condicionantes, como fatores sociais e culturais de suas famílias, a falta de conhecimento das famílias, cultura não preventiva, hábitos de vida que propiciam situações de risco, pouca vigilância de crianças, ambientes inseguros com produtos, materiais perigosos, alimentos e objetos inadequados para idade (KONG *et al.*, 2020). A proposta é ofertar um ambiente seguro e fortalecer a supervisão das crianças.

No entanto, estratégias de prevenção direcionadas devem ser adotadas para construir um ambiente seguro, fortalecer a prevenção de segurança, desenvolver hábitos de segurança, popularizar o conhecimento de primeiros socorros e conter a tendência crescente de mortalidade por asfixia não intencional.

Quanto ao fator de risco “hiperatividade”, os juízes consideraram adequado IVC > 0,8 para o diagnóstico em questão. Sabe-se que crianças de três a quatro anos demonstram hiperatividade, curiosidade e exploração, resultando em lesões a si mesmos. A criança hiperativa tem comportamento e atitudes que possam dificultar a identificar o risco (KONG *et al.*, 2020).

Além de proporcionar um ambiente seguro, a supervisão adequada das crianças por seus

responsáveis é importante para reduzir o risco de lesões. Em um estudo, crianças que morreram de lesões não intencionais com menos de cinco anos de idade mostraram estar sob “inadequada supervisão dos responsáveis”. Portanto, se faz necessário que pais e/ou responsáveis sejam informados sobre as causas e ocorrência de lesões, bem como formas de prevenir (ÇAYLAN *et al.*, 2021).

À medida que as crianças crescem, os pais tendem a reduzir a quantidade de supervisão próxima, deixando as crianças por conta própria e tendendo a acreditar que seu filho pode lidar suficientemente com os riscos de lesão. Esse conhecimento pode explicar por que as lesões são mais comuns na faixa etária de um a quatro anos (YNCE; KHATLANI *et al.*, 2017).

Já “baixa escolaridade dos responsáveis” em nosso estudo, a mortalidade relacionada a lesões foi 3,75 vezes maior em áreas rurais do que em áreas urbanas. Isso pode estar associado ao nível de escolaridade dos pais e à disponibilidade de grandes espaços para atividade no meio rural. Consequentemente a baixa escolaridade dos responsáveis interfere na percepção de risco, assim desempenham um papel importante na proteção de crianças (EL SEIFI; MORTADA; ABDO, 2018).

“Corpo estranho” pode causar obstrução parcial ou total das vias aéreas (OVACE) e, dependendo da gravidade da obstrução, podem evoluir para asfixia, causando hipóxia na criança. Em países como a Argélia, por exemplo, a aspiração de corpo estranho é um verdadeiro problema de saúde pública. No Brasil, em 2015, foram constatados 2.358 óbitos de crianças por aspiração de corpo estranho, acidentes de trânsito, afogamentos e homicídios, sendo que a aspiração de corpos estranhos ocupou a 10ª posição em causas de óbito (FRANÇA *et al.*, 2017). Esse fator de risco obteve aceitação pelos juízes, toda via no momento da validação foi postado como atributo crítico e diante análise sugeriram deixá-lo como um dos fatores de risco.

No entanto o corpo estranho pode ser também de origem alimentar, uma vez que o corte os alimentos em pedaços bem pequenos ou alimentos redondos e duros, como uvas, pipoca, cenoura crua e nozes, podem ser inseridos na narinas pelas crianças.

Portanto, após a identificação desses fatores de risco mencionados acima, pode-se identificar na literatura três populações em risco “Condição socioeconômica (baixa e média)”, “pré-escolares” e “pré-escolares, com atributos biológicos e anatômicos do sexo masculino”. População em risco caracteriza-se por grupos de pessoas que compartilham características sociodemográficas, saúde / família história, estágios de crescimento / desenvolvimento, exposição a certos eventos / experiências que faz com que cada membro seja suscetível a uma resposta humana particular. Essas características não são modificáveis pela enfermagem independente de intervenções (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A “Condição socioeconômica (baixa e média)” de acordo com um estudo de Mayes et al. (2017) descobriram que variáveis socioeconômicas e sociodemográficas (renda familiar e idade dos pais) estavam associadas a lesões na infância. Da mesma forma, de Sousa Petersburgo et al. (2010) relataram que a renda familiar mensal era um fator significativo. Após concordância dos juízes houve apenas um ajuste na escrita se tornando “Baixa condição socioeconômica” dessa forma fica mais objetiva e a classe média pouco vem sendo abordado nos estudos.

Portanto, promover educação em saúde aumenta a prevenção de acidentes em situações de baixo nível socioeconômico e de escolaridade, pois estes dificilmente reconhecem os riscos que existem nos ambientes frequentados pelas crianças. Sendo assim, os responsável pela criança ficará sensibilizado quanto as noções de precaução e a partilha de conhecimentos permitindo uma maior atenção quanto às medidas que geralmente não eram tomadas.

Por fim, “pré-escolares, com atributos biológicos e anatômicos do sexo masculino” é uma condição registrada como as mais acometidas por lesões, estudo que foi realizado no Egito, Turquia e Índia, mostra que o comportamento dos meninos é mais ativo e apressado em relação as meninas (EL SEIFI; MORTADA; ABDO, 2018). Outro estudo relata que devido às suas diferenças psicológicas e comportamentais, os meninos apresentam a população que mais se registra casos de lesões não intencionais, como por exemplo a sufocação (MARTINS, 2013; ALKHAMIS *et al.*, 2020).

8 CONCLUSÃO

A análise do conceito sufocação no contexto dos pré-escolares, oriunda de uma revisão integrativa, abordou a temática com a finalidade de clarificar os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação. Além disso, possibilitou a identificação final de três atributos “asfixia não intencional”, “lesão não intencional”, “obstrução de vias aéreas”; sete antecedentes “cobertor”, “cama compartilhada”, “ambiente inseguro”, “hiperatividade”, “inadequada supervisão dos responsáveis”, “baixa escolaridade dos responsáveis”, “corpo estranho”; e três populações em risco “baixa condição socioeconômica”, “pré-escolares” e “pré-escolares, com atributos biológicos e anatômicos do sexo masculino”.

Dentre esses antecedentes, dois constam na Taxonomia da NANDA-I, porém com nomenclatura diferente “superfície de sono macia” e “conhecimento inadequado de segurança/precauções”. Assim, esta etapa do estudo sugere cinco fatores de risco e três populações em risco por meio da literatura, que não constam na taxonomia, mas que foram considerados relevantes após validação. Ressalta-se que a maioria dos fatores de risco podem ser modificáveis por meio de ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros.

Logo, a partir dos atributos e dos antecedentes encontrados teve-se a necessidade de revisar a definição, os fatores de risco e populações em risco para deixá-los consistentes. Devido à identificação, por meio da análise de conceito, de algumas lacunas presentes na NANDA-I, foi pertinente aplicar a segunda etapa de estudo de validação de diagnóstico de enfermagem, a análise de conteúdo. A análise de conteúdo foi realizada com especialistas de diversos níveis de expertise em consonância com a Teoria da Diversidade Preditiva e com a abordagem da Sabedoria Coletiva, as quais este estudo tomou como base. Assim, optou-se por profissionais com diferentes níveis de habilidades. Esta etapa permitiu a expansão dos elementos, visto que favoreceu a análise da definição, da classe, do domínio e dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação em pré-escolares.

Em relação as definições propostas aos atributos, fatores de risco e populações em risco todas as definições validados pelos juízes apresentaram-se adequadas, apesar de algumas sugestões e boa parte foram aceitas e realizado as modificações.

Além disso, a nova definição para o diagnóstico em estudo foi analisada e validada por especialistas. No tocante à análise de conteúdo dos antecedentes do diagnóstico em estudo, dos oito elementos propostos na análise de conceito, seis itens foram considerados adequados para o diagnóstico em estudo e destes dois foram renomeados e acrescentado um elemento considerado como atributo e após validação acatado sua inclusão entre os fatores de risco.

A partir dos resultados obtidos, este estudo contribui de forma significativa para prática assistencial uma vez que, identificados os fatores de risco e populações em risco, a orientação pode ser direcionada para que menos indivíduos apresentem o Risco de sufocação. Ainda o estudo possibilita, propor intervenções eficazes relacionadas às ações de educação em saúde, visto que a Teoria de Orem dá suporte a esse cuidado por meio de seus conceitos centrais, periférico, teoria de autocuidado, teoria de déficit do autocuidado e sistemas de enfermagem com ênfase o sistema de apoio-educação. No entanto, sugere-se a realização da terceira etapa dos estudos de validação de diagnóstico, a validação clínica, com a finalidade de melhorar o direcionamento da assistência de forma segura.

Como limitação da pesquisa, destaca-se a dificuldade em encontrar enfermeiros que tenham desenvolvido e/ou participado de estudos que abordassem o diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação nos diversos cenários do cuidado de enfermagem e enfermeiros que possuíssem maiores titulações. Entretanto, a maioria dos especialistas tinha experiência na área de enfermagem saúde da criança/saúde pública/obstétrica, o que contribuiu para a validação do diagnóstico em estudo.

REFERÊNCIAS

- AKCA, S. O. The effect of Foreign Body Aspiration training on the knowledge level of pupils. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, n. 4, p. 408 – 415, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.06.005>. Acesso em: 22 mai. 2023.
- ALKHAMIS, K. N.; ABDULKADER, R. S. Assessment of unintentional childhood injuries and associated factors in the pediatric clinics of a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. **Journal of family & community medicine**, v. 27, n. 3, p. 168-177, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_75_20. Acesso em: 14 mai. 2022.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315–319, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200015>. Acesso em: 28 set. 2022.
- AMARAL, J. B. et al. Caracterização dos casos de óbito acidental de crianças por aspiração de corpos estranhos em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190066>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- ANDRADE, M. E. B. Alfabetização e letramento de pessoas jovens, adultas e idosas: desafios para a plena inserção nas práticas sociais de leitura e escrita. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 4, n. 8, 2016. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/3093>. Acesso em: 20 out. 2022.
- ARAÚJO, M. A. N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.
- BARACAT, E. C. E. Aspiração de corpo estranho. **Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]**, 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/>. Acesso em: 5 abr. 2022.
- BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.
- BRANDÃO, M. A. G. et al. Theoretical and methodological reflections for the construction of middlerange nursing theories. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>. Acesso em: 2 jan. 2023.
- BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular**. Ministério da Educação. Secretaria Executiva. Secretaria de Educação Básica. Conselho Nacional de Educação; 2017. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abase/>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- BRASIL. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.
- BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm . Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. **Brinquedos e brincadeiras de creches**: manual de orientação pedagógica. Ministério da Educação. Secretaria de educação básica. Brasília: MEC/SEB; 2012. 158 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/publicacao_brinquedo_e_brincadeiras_completa.pdf. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância**. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2002. Disponível em: <http://www.defesacivil.mg.gov.br/images/documentos/Defesa%20Civil/manuais/Vulnerabilidades-aos-desastres-na-infancia.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRITO, J. G. et al. Effect of first aid training on teams from special education schools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0288>. Acesso em: 11 fev. 2022.

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

CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000300007>. Acesso em: 19 mar. 2023.

CARMO, H. O. et al. Attitudes of teachers of child education in school accident situation. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1457>. Acesso em: 6 abr. 2022.

CASTRO, E. A. B. et al. Self-Care After Autologous Bone Marrow Transplantation Within The Nursing Care Process. **Revista Rene**, v. 13, n. 5, p. 1152- 1162, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4127>. Acesso em: 3 jun 2022.

ÇAYLAN, N. et al. Evaluation of injury-related under-five mortality in Turkey between 2014-2017. **Journal of Pediatrics**, v. 63, p. 37-47. Disponível em: <https://doi.org/10.24953/turkjped.2021.01.005>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 7 out. 2022.

COSTA, P. et al. Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2961-2968. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0954>. Acesso em: 17 mai 2023.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12012009-154306/publico/ErikadeCassiaLopesChaves.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2023.

CHENG, J.; LIU, B.; FARJAT, A. E.; ROUTH, J. National estimations of airway foreign bodies in children in the United States, 2000 to 2009. **Clinical Otolaryngology: official journal of ENT-UK**, v. 44, n. 3, p. 235-239, 2019. Disponível em: <https://doi: 10.1111/coa.13261>. Acesso em: 3 mar. 2022.

CREASON, N. S. Clinical validation of nursing diagnoses. **Internatinal Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 15, n. 4, p. 123-132, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2004.tb00009.x>. Acesso em: 23 out. 2022.

DINIZ, C. M. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28903/1/2017_dis_%20cmdiniz.pdf. Acesso: 3 abr. 2023.

ERIKSSON M, LINDSTROM B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, v. 23, n. 2, p. 190-199, 2008. Disponível em: [doi:10.1093/heapro/dan014](https://doi.org/10.1093/heapro/dan014). Acesso em: 9 mai. 2023.

EL SEIFI, O. S.; MORTADA, E. M.; ABDO, N. M. Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. **PLoS One**, v. 13, n. 6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198964>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ERDMANN, A. L; PEITER, C. C; LANZONI, G. M. M. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, e:69051, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.69051>. Acesso em: 17 jan. 2023.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 5 abr. 2022.

FAWCETT, Jacqueline; DESANTO-MADEYA, Susan. **Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories**. Philadelphia: FA Davis, 2012.

FERNANDES, J. R. et al. Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador em saúde no cenário de IETC. **Revista da JOPIC**, v. 2, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/jopic/article/view/928/670>. Acesso em: 4 nov. 2022.

FERREIRA, V.M.P. et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 3, p. 388-394, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. D. E. O. P. **Teorias de Enfermagem**. In: George JB et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 90-107, 1997.

FRAGA, A. M. A. et al. Aspiração de corpo estranho em crianças: aspectos clínicos, radiológicos e tratamento broncoscópico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 2, p. 74-82, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/GxKgWS3GChjjqjkV7pk3XYJ/>. Acesso em: 26 out. 2022.

FRANÇA, E. B. et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54972017000500005>. Acesso em 8 jun. 2023.

GARZON, D. L. Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 20, n. 6, p. 441-447, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.03.014>. Acesso em: 5 set. 2022.

GASPAR, V. L. V. et al. Characteristics of child and adolescent inpatients admitted because of lesions resulting from external causes. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 3, p. 287-295, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-698446>. Acesso em: 2 fev. 2023.

GEORGE, Julia. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIELEN, A. C.; MCDONALD, E. M.; SHIELDS, W. Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. **Annual Review of Public Health**, v. 36, p. 231-253, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122722>. Acesso em: 28 jan. 2023.

GOYAL, S.; JAIN, S.; RAI, G.; VISHNU, R.; KAMATH, G. S.; BISHNOI, A. K. et al. **Journal of Cardiothoracic Surgery**, v.15, p. 271, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13019-020-01314-9>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P. et al. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and

Selection Criteria. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 27, n. 3, p. 130-135, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089>. Acesso em 9 jul. 2022.

GOMES, H. L. M. et al. Enfrentamento, dificuldades e práticas de autocuidado de pacientes com doença renal crônica submetidos à diálise peritoneal. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33159/25959484.repen.2019v30a1>. Acesso em: 3 mai. 2023.

GONÇALVES, M. C. S; BRANDAO, M. A. G; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 115-24, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>. Acesso em: 3 mai. 2023.

GONG, H. et al. Causes and Characteristics of Children Unintentional Injuries in Emergency Department and Its Implications for Prevention Front. **Public Health**, v. 9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.669125>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, v.2, n.1, p. 1-15, 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-197910000-00002>. Acesso em: 16 jan. 2023.

GRANT, J.S. KINNEY, M.R. **The need for operational definitions for defining characteristics**. Intern. J. of Nursing Knowledge, v.2, p.181-185, 1991.

HASAN, S. S.; SAEED, A. A.; MUSTAFA, I. H. Knowledge and attitude of primary school teachers regarding choking's first aid in Erbil city-Kurdistan region-Iraq. **The Malaysian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, p. 36-42, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/310127056>. Acesso em: 2 fev. 2023.

HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Mirian Rodriguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta médica espiritana**, v.19, n. 3, p. 83-100, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009. Acesso em: 25 out. 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2017-2019**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HERDMAN, T. H.; VON KROG, G. **A taxonomia II da NANDA Internacional 2012- 2014**. In: NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed; p. 91-106, 2013.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carroll-Johnson RM (ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 126–31.

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative

review. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 30, p. 662–669, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12327>. Acesso em: 6 mai. 2023.

JONGE A. L. et al. Conhecimentos de profissionais de educação infantil sobre obstrução de vias aéreas por corpo estranho. **Enfermagem e Foco**, v. 11, n. 6, p. 192-198, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3425/1074>. Acesso em: 10 jun. 2023.

KONG, F. et al. Healthy China 2030: how to control the rising trend of unintentional suffocation death in children under five years old. **BMC Pediatrics**, v.20, 376, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02281-9>. Acesso em: 5 abr. 2023.

LEANDRO T. A. et al. Development of middle-range theories in Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20170893, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>. Acesso em: 19 mar. 2023.

LEMOS L. A. **Validação do diagnóstico de enfermagem resposta disfuncional ao desmame ventilatório**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/42778>.

LILI, X. et al. Epidemiologia da morte relacionada a lesões em crianças menores de 5 anos na província de Hunan, China, 2009–2014. **PLoS ONE**, v. 12, n. 1, e0168524, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168524>. Acesso em: 5 abr. 2022.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bvDgnVLxRNxFXnvHYNWxsRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LOPES, M. V. O; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem (Ciclo 4). In: HERDMAN, T. Heather (Org.). **PRONANDA**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 9-51, 2016. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/metodos-avancados-de-validacao-de-diagnosticos-de-enfermagem>. Acesso em 16 dez. 2022.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International journal of nursing knowledge**, v. 23, n. 3, p.134-139, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>. Acesso em: 16 dez. 2022.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: HERDMAN, T. Heather (Org.). **PRONANDA**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 87-132, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-533-9.C0004>. Acesso em: 16 dez. 2022.

LOUREIRO, C. M. et al. Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave. **Ciencia y Enfermería**, v.23, n.2, p. 21-32, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200021>. Acesso em: 11 ago. 2022.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n.6, p. 381-5, 1986.

MANGUEIRA, S.O. **Revisão do diagnóstico de Enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool**. 2014. 182f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8359>.

MAYES, S.; ROBERTS, M. C.; STOUGH, C. O. Risco para riscos de segurança doméstica: Fatores socioeconômicos e sociodemográficos. **J Segurança Res**, p. 5, p.87-92.

MARTINS, C. B. G. Accidents and violence in childhood and adolescence: risk and protective factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 578-584, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a17.pdf>.

MEDEIROS, E. A G. ; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. O Papel do Enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da Criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 462-467, 2013.

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

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2018.

MOREIRA, A.R; VIDOR, A. C. **Eventos agudos na atenção básica: asfixia**. Medicina de Emergência – Abordagem Prática USP – 13.^a edição, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/788>. Acesso em: 17 fev. 2023.

MOREIRA, R.P. et al. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 547-54, 2014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000590013>. Acesso em: 17 dez. 2022.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2013-2016**. Porto Alegre: Artmed; 2013.

NUNNALLY, J. **Psychometric Theory**. New York, NY: McGraw-Hill, 1978.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n.1, p. 113-120, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6444>. Acesso em: 1 ago. 2022.

OLIVEIRA, A. M.; DURAN, E. C. M. Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE on line.**, v. 9, supl. 8, p. 9385-92, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.6812-75590-1-ED.0908sup201507>. Acesso em: 10 mai. 2023.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. St. Louis, EUA: Mosby; 1991. 385 p.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practice**. 6ª ed. Saint Louis: Mosby Year Book Inc, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; PAIV, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100006>. Acesso em: 8 jun. 2023.

POOL, A. M. et al. Quedas de crianças e de adolescentes: prevenindo agravos por meio da educação em saúde. **Revista Enfermagem UFSM**, n. 3, p. 589-598, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2013/bde-25493/bde-25493-104.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

RIBEIRO, M. G. C. et al. **Social determinants of health associated with childhood accidents at home: An integrative review**. Revista Brasileira De Enfermagem, v. 72, n. 1, p. 265–276, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0641>. Acesso em 14 mai. 2023.

RODRIGUES, M. et al. Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. **Nascer e Crescer**, v. 25, n. 3, p.173-176, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.16/2006>. Acesso em: 23 jun. 2023.

ROMERO, H.S.P.; REZENDE, E.M.; MARTINS, E. F. Mortality from external causes in children aged one to nine years old. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 20, e958, 2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622016000100216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 mai. 2023.

SAHIN, A. et al. Inhalation of foreign bodies in children: experience of 22 years. **The journal of trauma and acute care surgery**, v. 74, n. 2, p. 658-663, 2013. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3182789520>. Acesso em: 15 mar. 2023.

SALIH, A. M.; ALFAKI, M.; ALAM-ELHUDA, D. M. Corpos estranhos nas vias aéreas: uma revisão crítica para um emergência pediátrica. **World J Emerg Med**, v.7, p. 5–12, 2016.

SANTANA, V.C.; BENEVENTO, C.T. O conceito de gênero e suas representações sociais. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 176, n. 17, 2013. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd176/o-conceito-de-genero-e-suas-representacoes_sociais.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. **The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation**. Revista Latino-Americana Enfermagem, v. 24, e2693, 2016. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SATO, N.; HAGIWARA, Y.; ISHIKAWA, J.; AKAZAWA, K. Association of socioeconomic factors and the risk for unintentional injuries among children in Japan: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 13, n. 8, p. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021621>. Acesso em: 6 jun. 2023.

SILVA, D.M.D.L.; CARREIRO, F.D.A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE on line**, p. 1044-1051, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13475/16180>. Acesso em: 2 jun. 2023.

SILVA, L. S. R. et al. Infant mortality related to various types of accidents from external causes. **Revista Enfermagem UFPE on Line**, v. 11, supl. 5, p. 2098-2105, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201715>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, F. L.; GALINDO, N. M.; SÁ, G. G. M.; FRANÇA, M. S.; OLIVEIRA, P. M. P.; GRIMAILDI, M. R. M. Technologies for health education about foreign-body airway obstruction: an integrative review. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 55, e03778, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020035103778>. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Andréia Alves; SOUSA, Karinna Alves Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 725-735, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769222076>. Acesso em: 22 out. 2020.

SIMMONS, B. et al. Clinical Reasoning in Experienced Nurses. **Western journal of nursing research**, v. 25, n. 6, p. 701-724, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945903253092>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SINGH, A. et al. Pediatric foreign body aspiration: how much does our community know. **Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons**, v.15, p. 129-132, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0971-9261.72435>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SINK, J. R.; KITSKO, D. J.; GEORG, M. W.; WINGER, D. G.; SIMONS, J. P. **Preditores de Aspiração de Corpo Estranho em 1980**;134:68-71. [PubMed: 7350789] *Crianças. Otorrinolaringol Head Neck Surg* 2016;155:501–7.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Injury Prevention**, v. 17, n. 2, p. 119-126, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ip.2010.026989>. Acesso em: 26 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Aspiração de corpo estranho**. São Paulo: SBP; 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/>. Acesso: 16 set. 2022.

SOUSA, S. T. E. V. et al. Aspiração de corpo estranho por menores de 15 anos: experiência de um centro de referência do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 7, p. 653-659, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000700006>. Acesso em: 14 mar. 2023.

SOUZA, P. A. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica**. 2011; 131 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011. Disponível em:

<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1087>.

SOUZA, N. M. G. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma teoria de médio alcance**. 2017. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254171>.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R; CRUZ, D.A.L.M. Análise do conteúdo de diagnósticos de enfermagem sobre desenvolvimento infantil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.20, n.1, p.1-10, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view>. Acesso em: 14 fev. 2023.

SILVA JÚNIOR, M. G.; GONÇALVES, L.H.T.; OLIVEIRA, M. DE F.V.; Tannure, M.C.; Gonçalves, A.M.P. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2º ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2010. **Revista Rene**, v. 15, n. 3, 20 de junho de 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3225>.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>.

TONIN, L. et al. Referenciais utilizados nas teorias de médio alcance: revisão integrativa. **Advances in Nursing and Health**, v.1, p. 23-33, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/anh.2019v1.id38066>.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>. Acesso em: 17 fev. 2022.

VALLMUUR, K.; LUKASZYK, C.; CATCHPOOLE, J. Monitoring Injuries Associated with Mandated Children's Products in Australia: What Can the Data Tell Us?. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 10, 2018. Disponível em: [doi:10.3390/ijerph15102077](https://doi.org/10.3390/ijerph15102077). Acesso em: 5 abr. 2022.

VASCONCELOS, S. O. A. **Manobras de suporte básico de vida para desobstrução de vias aéreas em crianças**: construção de um folder explicativo. 2014. 21f. Monografia (Especialização em Enfermagem) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173488>.

WAKSMAN, R. D.; GIKAS, R. M. C.; BLANK, D. **Prevenção de acidentes na infância e adolescência**. São Paulo: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; 2009.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2011.

WANG, et al. Under-five mortality from unintentional suffocation in China, 2006-2016. **Journal of global health**, vol. 9, n. 1, 010602, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010602>.

YETIM, D. T. et al. Foreign body aspiration in children; analysis of 42 cases. **J Pulmon Resp Med**, v. 2, n. 3, p. 121-125, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2161-105X.1000121>.

YI, S. K. M. et al. The wisdom of the crowd in combinatorial problems. *Cognitive science*, v. 36, n. 3, p. 452-470, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2011.01223.x>.

YAMASAKIA, Y.; TAMIYAB, N.; YAMAMOTOC, H.; MIYAISHI, S. Unintentional Injury Deaths among Children: A Descriptive Study Using Medico-legal Documents in Okayama Prefecture, Japan (2001–2015). **Acta Med. Okayama**, vol. 73, n. 2, p. 117-125, 2019. Disponível em: https://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/files/public/5/56647/20190422162438193531/73_2_117.pdf

YŦNCE, T.; YALÇYŦN, S. S.; YURDAKÖK, K. Atitudes dos pais e adesão às medidas de prevenção de lesões não intencionais em Ancara, Turquia. **Balkan Med J**, v. 34, p. 335-342, 2017.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Education in Medicine Journal**, v. 11, n. 2, p. 49-54, 2019.

XAVIER-GOMES, L. M. Description of domestic accidents during childhood. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/descricao_acidentes_domesticos_ocorridos_infancia.pdf. Acesso em: 2 jun. 2023.

ZHOU, H.; FAN, L.; WU, C. et al. **Compreender as associações entre pais que ensinam regras de segurança para crianças, comportamentos de segurança e lesões não intencionais em crianças pré-escolares chinesas**. *Méd.* (2019) 118:98-103. doi: 10.1016/j.ypped.2018.10.02

**APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO
INTEGRATIVA DA ANÁLISE DE CONCEITO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO
CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS**

Caracterização do artigo:

Base de dados:	Nível de evidência:
Título:	
Autor (es):	
País de publicação:	Ano:
Objetivo:	
Resultados:	
Conclusões:	

Análise dos atributos críticos do DE Risco de sufocação em pré-escolares.

Análise dos fatores de risco do conceito Risco de sufocação em pré-escolares.

Antecedentes citados nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

Análise das populações em risco do conceito Risco de sufocação em pré-escolares.

Populações em risco citados nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

Análise das condições associadas do conceito Risco de sufocação em pré-escolares.

Condições associadas nos estudos	Estão presentes na NANDA?
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()
	SIM () NÃO ()

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Prezado (a)

Meu nome é Cibelle Nayara Sena dos Santos, sou mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado **“VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES”** sob orientação da Profa Dra Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes e coorientação da Profa. Dra Ana Paula Esmeraldo Lima.

Venho por meio desta solicitar a sua colaboração na Análise de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Risco de sufocação. O objetivo deste estudo é validar a estrutura do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de sufocação em pré-escolares a partir de uma Teoria de Médio Alcance. Dessa forma, a realização deste estudo mostra-se pertinente e essencial, visto que a validação de conteúdo contribuirá para a identificação e legitimação da definição do diagnóstico e de seus fatores antecedentes, no intuito de atualizar a terminologia adequada para uso no exercício profissional. Os resultados possibilitarão, ao profissional enfermeiro, identificar o diagnóstico de forma detalhada e implementar intervenções de acordo com as reais necessidades da população em questão.

Para isso, serão desenvolvidas duas etapas: validade teórico-causal, validade de conteúdo. O(A) senhor (a) participará da segunda etapa deste estudo: a validação de conteúdo. Para participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisará preencher um questionário contendo duas partes, a saber: (1) caracterização dos sujeitos que contém 31 questões e (2) análise de conteúdo dos indicadores do DE supracitado, sendo eles: atributos e os fatores antecedentes (fatores de risco e populações de risco) com 44 questões. O tempo médio para preenchimento do instrumento é de 20 minutos. Esse questionário deverá ser preenchido e devolvido em um prazo de até 15 dias.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), basta clicar no link a seguir: https://docs.google.com/document/d/1o4pDFQKw8DAHbYqAW00vvKRx_CZPg4aF1jsWuN8FIxw/edit

Informamos também que será possível, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa. Estamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Cordialmente, Cibelle Nayara Sena dos Santos, Profa Dra Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes e Profa Dra Ana Paula Esmeraldo Lima.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS
VIRTUAL

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES**”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Cibelle Nayara Sena dos Santos, residente na Av. Professor Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-900, telefone: (81) 99721-4803; e-mail: cibelle.nsantos@ufpe.br.

A pesquisa está sob a orientação de Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais, telefone: (81) 99655-8326, e-mail: sheila.coelho@ufpe.br e coorientação Profa. Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima, telefone: (81) 996610598; e-mail: ana.plima@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**Descrição da pesquisa:**

O objetivo geral da pesquisa é **Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação em pré-escolares no ambiente de educação infantil a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA)**. Sua participação contribuirá com futuras ações de

prevenção e educação, da linha de cuidado aos pré-escolares relacionado ao risco de sufocação permitindo a organização dos serviços de saúde e de educação, com vistas à prevenção de agravos, e gravidade do caso.

A pesquisa consiste em duas etapas, a primeira já construída através da etapa da análise de conceito e a segunda etapa consiste na avaliação de especialista/juízes através de uma carta-convite enviada por e-mail eletrônico. Esta carta seguirá conforme dados do pesquisador, orientador, e do estudo, assim como informações como se dará a participação deste pesquisador e a solicitação de sua participação. Além disso, será solicitado a recomendação de outros profissionais com experiência em taxonomias de enfermagem e/ou saúde da criança, para que estes compusessem a grade de avaliadores para o presente estudo. Assim, tem-se uma amostragem não probabilística do tipo snowball sampling (“bola-de-neve”).

Logo após o aceite do convite, o especialista deverá realizar a leitura e preenchimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ler as instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados (questionário) e respondê-lo com um prazo definido de 30 dias. Em caso de erros no preenchimento do instrumento, o pesquisador irá realizar contato com o avaliador via *e-mail* solicitando a correção do mesmo. O pesquisador irá aguardar um prazo de até 05 dias pelo retorno do instrumento corrigido pelo avaliador, em caso de resposta superior a esse período o caso será considerado como perda do estudo.

O instrumento será composto por duas partes, a primeira, abordando dados de identificação e de experiência do especialista, como: sexo, idade, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de atuação, participação em grupos de pesquisa, experiência acadêmica e prática (assistencial). A segunda parte, será um questionário de coleta de dados referentes à validação do DE Risco de sufocação em pré - escolares.

Riscos: Ao preencher o instrumento os participantes poderão estar cansados mentalmente por demandar de atenção, raciocínio complexo dos especialistas e visualmente com exposição as telas de dispositivos através de meio eletrônico. Além disso, demanda de disponibilidade de internet e tempo, então para minimizar o risco será estipulado um prazo de 30 dias para que o avaliador possa responder o instrumento de coleta em tempo favorável, e no horário escolhido/estabelecido por ele próprio. Importante enfatizar que pesquisa realizada em ambiente virtual, há possibilidade de riscos relacionados a perda e/ou extravio dos dados e/ou documentos, por isso, como forma de minimizar esses possíveis riscos, será realizado o download dos dados coletados para dispositivos eletrônicos locais (pendrive e/ou disco rígido), sendo os dados acessados exclusivamente pelos pesquisadores do estudo. Ainda, destaca-se que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas apenas em eventos ou para

publicações científicas, não havendo identificação e assegurando o sigilo dos participantes. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos, no computador pessoal das pesquisadoras, protegidos por senha individual para acessá-los.

Benefícios: O estudo proporcionará benefícios para a população em estudo, tendo em vista que a educação em saúde será o eixo consequente contribuindo para atualização da taxonomia NANDA-I; para o profissional enfermeiro por se atualizar contribuindo para validação e fortalecer a teoria aplicada a prática baseada em evidências para uma melhor prática assistencial; para contribuir com a NANDA-I, visando à permanência do diagnóstico na referida taxonomia, com a inclusão de novo fatores de risco (antecedentes e atributos) através de uma TMA, análise de conceito e a validação de conteúdo.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através do instrumento disponibilizado aos participantes (voluntários), ficarão armazenados em pastas de arquivo de computador, Pen drive e e-mail pessoal, sob a responsabilidade do orientadora da pesquisa, no endereço Av. Professor Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-900, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

Cibelle Nayara Sena dos Santos
Pesquisadora Responsável
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Risco de sufocação, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

- () Aceito Participar da pesquisa
- () Não aceito participar da pesquisa

**APÊNDICE D– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE
CONTEÚDO (PARTE 1)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

1. Nome:
2. Sexo: Feminino Masculino
3. E-mail:
4. Idade (anos): _____
5. Cidade onde atua: _____
6. Ocupação atual:
7. Tempo de atuação profissional (em anos): _____
8. Titulação: Especialista Mestre Doutor Pós-Doutor
9. Área/tema da titulação mais alta (especialização, mestrado, doutorado, pós doutorado)

10. Tempo de experiência na área de diagnósticos de enfermagem e/ou em saúde da criança (em anos completos): _____
11. Você já desenvolveu ou desenvolve, como autor(a), estudo na temática Terminologias/Classificações de Enfermagem? (pode escolher mais de uma alternativa)
 Monografia de graduação Monografia de especialização Dissertação
 Tese Artigos científicos Outros _____ Não desenvolveu
12. Se sim, qual (is) terminologia (s)? _____
13. Você já desenvolveu ou desenvolve, como orientador (a), estudo na temática Terminologias de Enfermagem? (pode escolher mais de uma alternativa)
 Monografia de graduação Monografia de especialização Dissertação
 Tese Artigos científicos Outros _____ Não desenvolveu
14. Se sim, qual (is) terminologia (s)?

15. Você participa ou participou de grupos de pesquisa que envolve/envolveu a temática Terminologias em enfermagem?
- Sim Não
16. Se sim, qual o nome do grupo de pesquisa?
17. Por quanto tempo participou ou participa do grupo de pesquisa (em anos completos)?
18. Qual local (cidade/Estado) o grupo de pesquisa ?
19. No último ano, onde você exerceu suas atividades profissionais?
- Hospital Unidade Básica de Saúde Instituição de Ensino Outro _____
20. Você utiliza ou utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática assistencial?
- Sim Não Não se aplica
21. Se sim, por quanto tempo?
22. Você utiliza ou utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática docente?
- Sim Não Não se aplica
23. Se sim, por quanto tempo?
24. Você já desenvolveu ou desenvolve como autor (a) ou orientador (a)/coorientador (a), estudo na área de saúde da criança? (pode escolher mais de uma alternativa)
- Monografia de graduação Monografia de especialização Dissertação
- Tese Artigos científicos Outros_____ Não desenvolveu
25. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na área de saúde da criança?
- Sim Não
26. Se sim, por quanto tempo/Local?
27. Em sua prática profissional atua ou atuou com crianças na idade pré-escolar?
- Sim Não
28. Se sim, por quanto tempo/Local?
29. Você já identificou o diagnóstico de enfermagem Risco de sufocação em sua prática clínica?
- Nunca Poucas vezes Frequentemente Não lembro
30. Você já ministrou ou ministra disciplinas que envolvem a temática Diagnóstico de enfermagem?
- Sim Não
31. Você já ministrou ou ministra disciplinas que envolvem a temática Saúde da criança?
- Sim Não

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (PARTE 2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

PARTE 2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES

Parte II - ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DAS PERGUNTAS REFERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "RISCO DE SUFOCAÇÃO".

Para fins de esclarecimento, abaixo se encontram as definições dos elementos a serem analisados. De acordo com a NANDA Internacional, os elementos são definidos da seguinte forma:

- **Título do diagnóstico:** nomeia o diagnóstico, refletindo seu foco e o julgamento de enfermagem. Representa um padrão de indicadores relacionados.
- **Definição do diagnóstico:** estabelece uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de outros diagnósticos de enfermagem.
- **Domínio do diagnóstico:** é o nível mais abrangente de classificação, o qual divide os fenômenos em grupos principais.
- **Classe:** subcategoria do domínio, que compartilha atributos em comum.

32. Você concorda com o título do diagnóstico "Risco de sufocação" sugerido pela NANDA-I?

() Sim () Não

33. Se não, qual outro você sugere?

34. Você concorda com a definição "Susceptível à disponibilidade inadequada de ar para inalação, o que pode comprometer à saúde" sugerida pela NANDA-I para o diagnóstico em estudo?

() Sim () Não

35. Se não, qual outra definição você sugere?

36. Você concorda com o domínio "Segurança/proteção" sugerida pela NANDA-I para este diagnóstico?

() Sim () Não

37. Se não, qual outro domínio você sugere?

38. Você concorda com a classe "Lesão física" sugerida pela NANDA-I para este diagnóstico?

() Sim () Não

39. Se não, qual outra classe você sugere?

PARTE II – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES

Nesta etapa analise a adequação da definição conceitual do referido diagnóstico e dos seus atributos que serão divididos em duas categorias (fatores de risco e população de risco).

Para a análise de conceito, foram elaboradas **definições conceituais e operacionais** para os Atributos e Fatores Antecedentes (fatores de risco e populações em risco), identificados na literatura.

- **Definição conceitual:** define o conceito de forma compreensiva e teórica. Corresponde à definição real estabelecida por meio da análise de conceito.

- **Definição operacional:** define como o conceito é mensurado e dá significado prático às definições conceituais, pois especifica como se avalia.

- **Atributos:** São utilizados para revisar a definição conceitual do diagnóstico, especialmente as características do conceito que são recorrentes.

- **Fatores de risco:** são fatores que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades para um evento não saudável. Tais fatores são passíveis de modificação, pelos enfermeiros, de forma independente.

- **Populações em risco:** grupo de pessoas que têm características de serem suscetíveis a determinada resposta humana. Estas características não são modificáveis pelo enfermeiro.

Leia as questões referentes aos componentes do diagnóstico de enfermagem **RISCO DE SUFOCAÇÃO EM PRÉ-ESCOLARES** e, em seguida, marque o escore que julgar condizente com a sua **relevância**. Para cada componente do diagnóstico, você deverá assinalar **uma** das opções:

- 1- **Discordo totalmente:** Não há relação entre o componente e o diagnóstico. O componente associa-se a outros fenômenos;
- 2- **Discordo parcialmente:** o item apresenta pouquíssima relevância para o diagnóstico. O componente associa-se a outros fenômenos;
- 3- **Indiferente:** o item apresenta relevância duvidosa para o diagnóstico. O componente há relação com outros fenômenos similares;
- 4- **Concordo parcialmente:** o item apresenta forte relevância para o diagnóstico, mas apresenta alguma relação com outros fenômenos similares;
- 5- **Concordo totalmente:** o item é totalmente relevante para o diagnóstico.

ATRIBUTOS

São elementos que caracterizam um diagnóstico. Neste estudo foram encontrados 8 atributos correspondentes ao Diagnóstico de Enfermagem "Risco de sufocação em pré-escolares".

40. Asfixia não intencional

Definição Conceitual: Impossibilidade de respirar pela ausência de oxigênio nas células que pode ser provocada por estrangulamento, afogamento, intoxicação, corpo estranho entre outros. A asfixia é classificada em três estágios, sendo: o primeiro caracterizado logo após a aspiração do corpo estranho, manifestado por meio da tosse e da dificuldade respiratória; o segundo, definido como assintomático, e o terceiro, o período em que ocorrem as complicações, a exemplo, a estenose subglótica.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

41. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

42. Lesão não intencional

Definição Conceitual: Corresponde a lesão ou acidentes para os quais não há evidência de intenção predeterminada.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

43. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

44. **Corpo estranho nas vias aéreas**

Definição Conceitual: Qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra nas cavidades superiores (cavidade nasal, faringe e laringe), considerado corpo estranho por estar em local não adequado, que pode causar obstrução parcial, total e asfixia em crianças.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

45. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

46. **Presença de corpo estranho nas vias aéreas por alimentos**

Definição Conceitual: Aspiração de conteúdo alimentar nas vias aéreas superiores (cavidade nasal, faringe e laringe).

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente

- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

47. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

48. Presença de corpo estranho nas vias aéreas por objetos

Definição Conceitual: Aspiração de objeto nas vias aéreas superiores (cavidade nasal, faringe e laringe).

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

49. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

50. Obstrução acidental de vias aéreas por corpo estranho

Definição Conceitual: Obstrução de vias aéreas por corpo estranho a introdução de algum corpo estranho (objeto, alimento, líquido ou secreção) inadvertidamente nas vias aéreas, possibilitando oclusão parcial ou total das vias respiratórias, dificultando a passagem de ar para o pulmão.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

51. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

52. Objetos de pequenas dimensões

Definição Conceitual: São aqueles que em sua dimensão de volume oferecem mais riscos de aspiração, como, por exemplo, tampa de caneta esferográfica, botões, balões vazios, plástico, anéis, moedas, brincos e alimentos pequenos de forma esférica, como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes e brinquedos com peças pequenas.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

53. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

54. **Objetos de material sintético**

Definição Conceitual: Determinado material obtido artificialmente, ou seja, que contém substâncias desenvolvidas em laboratório e não extraídas diretamente da natureza, como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

55. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

FATORES DE RISCO

São fatores que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades para um evento não saudável. Tais fatores são passíveis de modificação, pelos enfermeiros, de forma independente. Neste estudo foram encontrados 8 fatores de risco correspondentes ao Diagnóstico de Enfermagem "Risco de sufocação em pré-escolares".

56. Cobertor

Definição Conceitual: Peça de roupa de cama, geralmente de lã ou de algodão, e que se usa sobre os lençóis para proteção contra o frio.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

57. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

58. Esmagamento na cama

Definição Conceitual: Ato de encobrir o indivíduo com o próprio corpo sobre a cama, causando esmagamento e sufocação.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

59. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

60. Ambiente inseguro

Definição Conceitual: Local de fácil acesso a objetos perigosos e ao lugar de armazenamento alimentos.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente

- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

61. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

62. Desenvolvimento comportamental infantil (curiosidade)

Definição Conceitual: Pertence a uma resultante da interação entre as características genéticas e o meio ambiente onde a criança se desenvolve, são ativas e curiosas.

63. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

64. Desenvolvimento físico infantil (exploração)

Definição Conceitual: O desenvolvimento abrange alterações tanto físico quanto cognitivo que envolvem o explorar o ambiente e objetos. Apresentam desenvolvimento em seus marcos de desenvolvimento e conseqüentemente suscetíveis a riscos.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

65. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

66. Hiperatividade

Definição Conceitual: É uma condição que afeta a capacidade de concentração em determinadas atividades.

67. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

68. Inadequada supervisão dos pais/cuidadores/professores

Definição Conceitual: Redução na qualidade de supervisão, deixando as crianças por conta própria e tendendo a acreditar que a criança possa lidar suficientemente com os riscos de lesão

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

69. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

70. Baixa escolaridade do indivíduo/cuidador

Definição Conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência do familiar/cuidador na escola.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

71. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

POPULAÇÃO DE RISCO

São grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências.

72. Sexo masculino

Definição Conceitual: O termo sexo está relacionado a constituição dos cromossomos, aos atributos biológicos e anatômicos de cada organismo, mais especificamente aos órgãos

reprodutores femininos e masculinos, o modo como funcionam e suas características hormonais.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

73. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

74. Condição socioeconômica (classe baixa e média)

Definição Conceitual: Baixo poder aquisitivo, bem como a que possui baixo padrão de vida e de consumo em relação às demais classes da população.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

75. Justificativa, sugestões ou outras considerações:

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Indique aqui pessoas (e-mail e/ou telefone) que tenham expertise na área de saúde da criança e/ou Diagnósticos de Enfermagem que também possam contribuir com essa pesquisa.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUFOCAÇÃO PARA CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Pesquisador: CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60718822.8.0000.8807

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.555.440

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação, realizada pela mestranda Cibelle Nayara Sena dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes e coorientação da Profa. Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Pesquisa metodológica, a ser realizada em duas etapas: validade teórico-causal e a validação de conteúdo por juízes.

Para a primeira etapa, será realizada a construção de uma Teoria de Médio Alcance por meio da identificação dos elementos (atributos críticos e antecedentes), a realização do pictograma, proposições e relações causais, por uma revisão integrativa da literatura e pelo modelo teórico de Dorothea Orem. Na segunda etapa, a definição e a relevância dos indicadores diagnósticos Risco de Sufocação nas crianças em idade pré-escolar no ambiente de educação infantil serão avaliados por juízes, compostos por enfermeiros de variados graus de expertise.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação para crianças em idade pré-escolar no ambiente de educação infantil a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA).

Objetivos específicos:

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.555.440

- Desenvolver uma TMA sobre o Risco de Sufocação para crianças em idade pré-escolar no ambiente de educação infantil;
- Realizar a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação propostos pela NANDA-I;
- Verificar com juízes a relevância da estrutura diagnóstica construída (definição, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Risco de Sufocação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os especialistas efetivarão sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) ressaltamos a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. O TCLE dispensa apenas da assinatura das testemunhas por ser tratar de uma coleta através de meio eletrônico (on-line). No TCLE estarão contidos dados de identificação e de contato do pesquisador responsável, título e objetivo da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios, serão também garantido o respeito a autonomia do participante caso deseje retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer momento.

Os dados coletados nesta pesquisa, serão transferidos para um dispositivo eletrônico local após fazer o download, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Dessa forma permanecerão armazenados em pastas de arquivo de computador, Pen drive e e-mail pessoal, sob a responsabilidade do orientador no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2o piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901 (Departamento de Enfermagem), pelo período mínimo de 5 anos, conforme Termo de Compromisso e Confidencialidade.

Riscos e benefícios

Ao preencher o instrumento os participantes poderão estar cansados mentalmente por demandar de atenção, raciocínio complexo dos especialistas e visualmente com exposição as telas de dispositivos através de meio eletrônico . Além disso, demanda de disponibilidade de internet e tempo, então para minimizar o risco será estipulado um prazo de 30 dias para que o avaliador possa responder o instrumento de coleta em tempo favorável, e no horário escolhido/estabelecido por ele próprio.

Importante enfatizar que pesquisa realizada em ambiente virtual, há possibilidade de riscos

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br



UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 5.555.440

relacionados a perda e/ou extravio dos dados e/ou documentos, por isso, como forma de minimizar esses possíveis riscos, será realizado o download dos dados coletados para dispositivos eletrônicos locais (pendrive e/ou disco rígido), sendo os dados acessados exclusivamente pelos pesquisadores do estudo. Ainda, destaca-se que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas apenas em eventos ou para publicações científicas, não havendo identificação e assegurando o sigilo dos participantes. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos, no computador pessoal das pesquisadoras, protegidos por senha individual para acessá-los.

O estudo não há benefícios diretos para os participantes, porém proporcionará benefícios indiretos tendo em vista que a educação em saúde será o eixo consequente contribuindo para atualização da taxonomia NANDA-I; para o profissional enfermeiro pela necessidade de se atualizar contribuindo para validação e fortalecer a teoria aplicada a prática baseada em evidências para uma melhor prática assistencial; para contribuir com a NANDA-I, visando à permanência do diagnóstico na referida taxonomia, com a inclusão de novo fatores de risco (antecedentes e atributos) através de uma TMA, análise de conceito e a validação de conteúdo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981756.pdf	16/07/2022 10:50:15		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/07/2022 10:47:12	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	15/07/2022 11:33:59	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br



UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 5.555.440

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	15/07/2022 11:32:18	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/07/2022 11:22:55	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/07/2022 11:22:44	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Dispensa_carta_anuencia.pdf	15/07/2022 11:17:38	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Sheila_Coelho.pdf	13/07/2022 08:45:06	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Paula.pdf	13/07/2022 08:44:29	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Cibelle_Santos.pdf	13/07/2022 08:43:44	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	13/07/2022 08:34:38	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito
Outros	DECLARACAO_VINCULO_MESTRADO .pdf	11/07/2022 16:09:48	CIBELLE NAYARA SENA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Agosto de 2022

Assinado por:
Ana Caetano
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C,3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br