



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA

**VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM ESTADO DA
DEGLUTIÇÃO E PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO EM PACIENTES APÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

FORTALEZA
2013

ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA

**VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM ESTADO DA
DEGLUTIÇÃO E PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO DE PACIENTES APÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araujo.

FORTALEZA
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

O45v Oliveira, Ana Railka de Souza

Validação dos resultados de enfermagem, estado da deglutição e prevenção da aspiração de pacientes após acidente vascular cerebral./ Ana Railka de Souza Oliveira.- 2013.
252f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Prof^a. Dra. Thelma Leite de Araújo.

1. Deglutição. 2. Aspiração respiratória. 3. Acidente vascular cerebral. 4. Estudos de validação. 4. Enfermagem. I. Título

CDD: 610.73691

ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA

**VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM ESTADO DA
DEGLUTIÇÃO E PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO EM PACIENTES APÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Tahissa Frota Cavalcante (Coorientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Nirla Gomes Guedes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Rafaella Pessoa Moreira
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Prof.^a Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Célida Juliana de Oliveira
Universidade Regional do Cariri – URCA

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me dar força e sabedoria para vencer este grande desafio.

Aos meus pais, Raimundo e Rita, por serem meu maior exemplo de amor, dedicação e força. Obrigada por tudo o que me proporcionaram. Não sei como explicar o amor incondicional que sinto por vocês.

Aos meus irmãos, por sempre me apoiarem em tudo e me incentivarem a procurar oportunidades melhores para a minha vida. Aos meus sobrinhos, por serem muito mais do que sobrinhos, verdadeiros cúmplices em tudo.

Ao meu noivo, Paulo Eduardo Kumakura, por me fazer acreditar e querer chegar muito mais longe. Seu amor, companheirismo e amizade tornaram este momento muito melhor e especial.

À minha estimada orientadora, Professora Dra. Thelma Leite de Araujo, por seus ensinamentos de Enfermagem, de pesquisa, e principalmente sobre a vida, os quais me permitiram um grande desenvolvimento e amadurecimento pessoal e intelectual. A minha eterna gratidão, respeito e amizade.

À minha coorientadora, Professora Dra. Tahissa Frota Cavalcante, por toda a sua ajuda com o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço-lhe muito por ter me influenciado a querer estudar mais sobre esta temática e por me ajudar sempre no campo da ciência e da docência.

Ao meu eterno coorientador, Professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Seus ensinamentos e seu companheirismo foram fundamentais para meu aprimoramento como Enfermeira e Pesquisadora. Espero sempre poder contar com isso, de forma estatisticamente significativa e com concordância total inter e intragrupo.

À minha mais nova orientadora, Professora Dra. Emília Campos de Carvalho, por sua contribuição para o refinamento deste trabalho. Obrigada por ter acreditado em mim e aceitado participar deste mais novo desafio que será o pós-doutoramento.

À banca formada por pessoas que tanto admiro. Agradeço muito por todas as contribuições realizadas para o melhor refinamento deste material.

À minha grande companheira de Graduação, Mestrado e Doutorado, Alice Gabrielle, por todos os momentos de alegrias e desesperos passados juntas. Admiro-a muito por todas as suas conquistas e por tudo o que você é.

Aos amigos do grupo Hainz, Daniel, Filipe, Michelle, Fernanda, Paula, Aline, por terem me ensinado a importância da palavra amizade. Guardarei para sempre vocês no meu coração.

Às minhas grandes amigas Ana Edméa, Marina e Mariana, por saberem compreender todos estes momentos de ausência, por vibrar com minhas conquistas, por sempre estarem do meu lado, enfim, simplesmente por serem minhas amigas.

Às amigas de Pós-Graduação, Jullyana, Emanuella, Monaliza, Adriana, por terem tornado o curso de Doutorado mais prazeroso. Sempre lembrarei desses momentos.

Aos membros de todas as gerações do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, em especial Flavia, Célida Juliana, Beatriz Amorim, por terem me acolhido e me incentivado a crescer muito mais.

Aos grandes amigos e companheiros de coleta de dados, Huana, Telma, Nila, Vanessa, Rebeca, Naiana, Natália e Péricles. Muito obrigada pela ajuda, por terem acreditado no meu trabalho e compartilhar comigo essa grande vitória. Sem vocês eu não poderia ter chegado aqui.

Aos alunos, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por todos os ensinamentos e oportunidades. Sempre destacarei isso com muito orgulho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por toda a acolhida nas missões do PROCAD. Esse período foi fundamental para o aprimoramento deste trabalho, bem como para construção de novos horizontes.

À Coordenadoria de Capacitação de Recursos Humanos (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro às minhas pesquisas.

Aos alunos e docentes das Faculdades INTA, por me permitirem maravilhosos ensinamentos acerca da Enfermagem e da belíssima atividade de ser Docente. Levarei sempre isso comigo.

À Professora Sonia Argollo pela revisão deste material. Obrigada pelo carinho e atenção.

A todos os profissionais do Hospital Geral de Fortaleza que me acolheram com carinho e respeito e tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos pacientes que aceitaram participar da minha pesquisa, por acreditarem que estamos trabalhando para lhes proporcionar uma assistência melhor. Espero o mais breve possível dar esse retorno para vocês.

RESUMO

Teve-se como proposta construir e validar as definições conceituais e os referentes empíricos dos Resultados de Enfermagem (RE) relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral (AVC). Estudo metodológico, realizado em três etapas: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para a Análise de Conceito, realizou-se Revisão Integrativa, com acesso *on-line* a seis bases de dados: Pubmed, Cinahl, Scopus, EMBASE, Web of science e Lilacs, bem como dissertações e teses disponibilizadas no *site* da CAPES e na BDTD. Na busca utilizaram-se os descritores: *Deglutition*, *Deglutition Disorders* e *Stroke* e sua sinônima em português. Após leitura crítica e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos 29 artigos, cinco dissertações e uma tese. O conceito em estudo inicialmente foi a “Deglutição”, e os atributos críticos: conteúdo oral (alimento, líquido ou saliva); estímulos motor e sensitivo; fase oral, faríngea e esofágica; e transporte da boca até o estômago. Foi elaborado um caso modelo e um caso contrário e identificados antecedentes e consequentes para Deglutição no contexto de pacientes com AVC. Ao final da etapa, foram identificados 14 indicadores para o Estado da deglutição e revisada a sua definição. O conceito de aspiração já havia sido estudado, e não foi ressubmetido à Análise de Conceito. Assim, para o RE Prevenção da aspiração foram identificados seis indicadores e revisados o título e a definição. Ao final da Análise de Conceito, construiu-se um instrumento de avaliação dos dois RE com seus indicadores, definições conceituais e referentes empíricos. Após avaliação por Comitê de Ética em pesquisa, o instrumento foi submetido à apreciação de 14 profissionais. Os dados da apreciação foram compilados no programa Excel e analisados pelo SPSS versão 20.0. A maioria dos juízes era do sexo feminino (85,71%), enfermeiros (92,86%), com tempo de formação de 6,64 anos ($\pm 6,72$), trabalhavam no Ceará (92,86%). Os especialistas propuseram revisão em todos os indicadores e definições para melhor atender aos critérios da psicometria; agrupamento dos indicadores Produção de saliva e Manutenção do conteúdo oral na boca; exclusão dos indicadores Formação do bolo alimentar, Número de deglutições e Mudança na qualidade da voz, por considerarem que eram possíveis de serem avaliados por outros indicadores, e a elaboração do indicador Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada. Exceto o último indicador, os demais foram validados clinicamente em 81 pacientes com AVC, os quais eram avaliados por duas duplas de enfermeiros, uma com instrumento com as definições construídas e a outra com instrumento sem definições. As avaliações foram comparadas pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse, teste de Friedman e pela Diferença Mínima Significante. A dupla com definições apresentou concordância total na avaliação dos resultados. Apenas o indicador Refluxo nasal foi avaliado de forma similar pelos dois grupos. A análise de *cluster* demonstrou agrupamento preferencial dos indicadores do RE Prevenção da aspiração respiratória. Diante desses achados, recomenda-se a continuação do processo de validação destes resultados para confirmar o agrupamento dos seus indicadores, bem como sua validação para condições clínicas diferentes do AVC.

Palavras-Chave: Deglutição; Aspiração Respiratória; Acidente Cerebral Vascular; Resultado de Enfermagem; Estudos de Validação.

ABSTRACT

The study aimed to build and validate the conceptual definitions and empirical referents of nursing outcomes (NO) related to the State of swallowing and the Prevention of aspiration in patients after stroke. This is a methodological study carried out in three stages: concept analysis, validation by experts and clinical validation. The concept analysis was performed by integrative literature review through online access to six databases: PubMed , CINAHL , Scopus , EMBASE , Web of science and Lilacs, and dissertations and theses available on the website of CAPES and BDTD. The following descriptors were used: deglutition , deglutition disorders and stroke and their synonyms in Portuguese. After a critical reading and the application of inclusion and exclusion criteria, 29 articles, five dissertations and one thesis were obtained. Initially the concept of study was “Swallowing” and its critical attributes: oral content (food, liquid or saliva), motor and sensory stimulation; oral, pharyngeal and esophageal phases; and transport from the mouth to the stomach. A case model and a opposite case were elaborated and antecedents and consequential for swallowing in the context of stroke patients. At the end, 14 indicators were identified for the swallowing state and its definition was reviewed. The concept of aspiration has already been studied and it was not submitted again to the analysis concept. Thus, for the NO Prevention of aspiration, six indicators were identified and their titles and definitions were revised. After the concept analysis, a tool was built with the concepts and empirical references of both NO. After evaluation by the Research Ethics Committee, the tool was submitted to 14 professionals. The data were compiled in the Excel software and analyzed by the SPSS software version 20.0. According to the sample profile: most experts were female (85.71%), nurses (92.86%), graduated in an average of 6.64 years ago (± 6.72), working in Ceará (92.86%). The experts proposed revision for all the indicators and definitions in order to fit the psychometrics criteria, clustering the indicators Saliva production and Maintains food in mouth; exclusion of the indicators Bolus formation, Number of swallows and Changes in voice quality. The changes happened because the experts considered the possibility to evaluate those indicators by other indicators; and the development of the indicator Uses gastric and enteral tube properly. With the exception of the last indicator, the others were clinically validated in 81 patients with stroke, who were evaluated by two pairs of nurses, one with the tool with the definitions built and the other without the definitions. The evaluations were compared by intraclass correlation coefficient, Friedman test and Minimum Significant Difference. The pair of nurses with the definitions presented total agreement on the evaluation of the results. Only the indicator Nasal reflux was evaluated similarly by both groups. The cluster analysis showed preferential grouping of indicators to the NO Prevention of aspiration. Then, it is recommended the continuation of the validation process of these results in order to confirm the grouping of its indicators, as well as its validation for clinical conditions other than stroke.

Keywords: Deglutition; Respiratory Aspiration; Stroke; Validation studies; Nursing.

*“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades.
Lembrai-vos que as grandes proezas da história foram
conquistas daquilo que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Componentes da revisão integrativa da literatura.....	38
Figura 2	Diagrama para elaboração de medida psicológica.....	41
Figura 3	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados PUBMED.....	52
Figura 4	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados CINAHL.....	52
Figura 5	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados SCOPUS.....	53
Figura 6	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados EMBASE.....	53
Figura 7	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados WEB OF SCIENCE	54
Figura 8	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados LILACS.....	54
Figura 9	Resultado das produções analisadas em todas as bases de dados.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição e seus indicadores.	29
Quadro 2	Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase oral e seus indicadores.	30
Quadro 3	Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase faríngea e seus indicadores.	30
Quadro 4	Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase esofágica e seus indicadores.	31
Quadro 5	Apresentação do resultado de enfermagem Prevenção da aspiração e seus indicadores.	31
Quadro 6	Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa para a Revisão integrativa. Fortaleza, 2012	47
Quadro 7	Descritores, termos equivalentes e definições	50
Quadro 8	Percurso metodológico para seleção das dissertações e teses da CAPES e BDTD. Fortaleza, 2012	55
Quadro 9	Correspondência dos indicadores da NOC referentes aos resultados de enfermagem Estado da Deglutição, Estado da Deglutição: fase oral, Estado da Deglutição: fase faríngea e Estado da Deglutição: fase esofágica, com o encontrado na literatura para pacientes após acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2012	60
Quadro 10	Métodos de avaliação da deglutição apontados na literatura. Fortaleza, 2012.....	62
Quadro 11	Conceitos de Deglutição de pacientes após AVC encontrados na literatura. Fortaleza, 2012.....	67
Quadro 12	Exemplo de caso contrário encontrado na literatura. Fortaleza, 2012.....	71
Quadro 13	Antecedentes da alterações deglutição após o acidente vascular cerebral encontrados na literatura. Fortaleza, 2012	73
Quadro 14	Consequentes dos prejuízos da deglutição após o acidente vascular cerebral encontrados na literatura. Fortaleza, 2012	75
Quadro 15	Definição conceitual e referente empírico do indicador Captura dos alimentos. Fortaleza, 2012.....	78
Quadro 16	Referente empírico e conceitual do indicador Capacidade de mastigar. Fortaleza, 2012.....	82
Quadro 17	Referente empírico e conceitual do indicador Produção de saliva. Fortaleza, 2012.....	88
Quadro 18	Referente empírico e conceitual do indicador Manutenção do conteúdo oral na boca. Fortaleza, 2012.....	91
Quadro 19	Referente empírico e conceitual do indicador Formação do bolo alimentar. Fortaleza, 2012.....	93
Quadro 20	Referente empírico e conceitual do indicador Número de deglutições. Fortaleza, 2012.....	97
Quadro 21	Referente empírico e conceitual do indicador Capacidade de desobstruir a cavidade oral. Fortaleza, 2012.....	100
Quadro 22	Referente empírico e conceitual do indicador Controle postural. Fortaleza, 2012.....	102
Quadro 23	Referente empírico e conceitual do indicador Mudança na qualidade da	104

	voz. Fortaleza, 2012.....	
Quadro 24	Referente empírico e conceitual do indicador Tosse. Fortaleza, 2012.....	107
Quadro 25	Referente empírico e conceitual do indicador Refluxo nasal. Fortaleza, 2012.....	111
Quadro 26	Referente empírico e conceitual do indicador Desconforto com a deglutição do bolo. Fortaleza, 2012.....	113
Quadro 27	Referente empírico e conceitual do indicador Elevação da laringe. Fortaleza, 2012.....	115
Quadro 28	Referente empírico e conceitual do indicador Aspiração. Fortaleza, 2012.....	117
Quadro 29	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da Análise de Conceito. Fortaleza, 2012.....	121
Quadro 30	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da Análise de Conceito. Fortaleza, 2012.....	131
Quadro 31	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação de conteúdo. Fortaleza, 2012.....	163
Quadro 32	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação de conteúdo. Fortaleza, 2013.....	175
Quadro 33	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação clínica. Fortaleza, 2013.....	196
Quadro 34	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação clínica. Fortaleza, 2013.....	201

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos artigos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário e temática. Fortaleza, 2012	57
Tabela 2	Distribuição dos estudos, segundo o desenho metodológico. Fortaleza, 2012	59
Tabela 3	Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos juízes (n=14). Fortaleza, 2012.....	140
Tabela 4	Avaliação pelos juízes dos conceitos para os resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração. Fortaleza, 2012	143
Tabela 5	Índice de validade de conteúdo dos títulos dos indicadores em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2012.....	144
Tabela 6	Índice de validade de conteúdo das definições conceituais em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2013.....	146
Tabela 7	Índice de validade de conteúdo dos referentes empíricos dos indicadores em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2013.....	147
Tabela 8	Caracterização dos pacientes com acidente vascular cerebral quanto ao sexo, situação civil, procedência, ocupação, idade, escolaridade, renda familiar. (N=81). Fortaleza, 2013.....	187
Tabela 9	Perfil clínico dos pacientes com acidente vascular cerebral, segundo os indicadores de risco. Fortaleza, 2013.....	188
Tabela 10	Caracterização do tipo de acidente vascular cerebral, número, localização, grau de dependência e fatores de risco para aspiração respiratória. (N=81). Fortaleza, 2013	189
Tabela 11	Coeficiente de correlação intraclasse entre duplas de enfermeiros que usaram ou não definições operacionais para mensurar os indicadores dos resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013.....	193
Tabela 12	Comparação entre os postos médios de enfermeiros que usaram ou não definições para mensurar os resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013.....	193
Tabela 13	Análise de <i>cluster</i> não hierárquica dos indicadores do Estado da deglutição e da Prevenção da aspiração respiratória que foram avaliados com ou sem definições operacionais em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013.....	194

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS GERAIS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	Estudos de validação dos resultados de enfermagem	21
3.2	Conceituação e contextualização da disfagia e da aspiração e dos resultados de enfermagem	26
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	33
4.1	Análise de Conceito	33
4.2	Revisão Integrativa	36
4.3	Psicometria	40
Capítulo 1 – CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E REFERENTES EMPÍRICOS DOS INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO E À PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO		46
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	46
2	REVISÃO INTEGRATIVA	47
2.1	Objetivo Específico da Revisão Integrativa.....	47
2.2	Materiais e Métodos da Revisão Integrativa	47
2.2.1	<i>Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa</i>	47
2.2.2	<i>Amostragem ou busca na literatura</i>	48
2.2.3	<i>Categorização dos estudos</i>	56
2.2.4	<i>Avaliação dos estudos</i>	55
2.2.5	<i>Resultados da Revisão Integrativa</i>	57
2.2.6	<i>Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão</i>	60
3	ANÁLISE DE CONCEITO DO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	66
3.1	Seleção de um conceito	66
3.2	Determinação dos objetivos ou propósitos da análise	66
3.3	Identificação dos usos do conceito	66
3.4	Determinação dos atributos críticos	69
3.5	Identificação de um caso modelo	70
3.6	Identificação de um caso contrário	71
3.7	Identificação dos antecedentes do conceito	73
3.8	Identificação dos consequentes do conceito	75
3.9	Definição dos referentes empíricos	77
4	CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E REFERENTES EMPÍRICOS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO	127
4.1	Considerações iniciais	127
4.2	Resultados e discussão	128
CAPÍTULO 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E REFERENTES EMPÍRICOS DOS INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO E À PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO.....		134
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	134
2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	136

3	MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	137
3.1	Seleção e amostra de juízes	137
3.2	Coleta de dados	137
3.3	Organização e análise dos dados	139
3.4	Aspectos éticos	139
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	140
4.1	Caracterização dos juízes	140
4.2	Avaliação dos juízes das definições dos resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração	143
4.3	Avaliação dos juízes dos títulos, definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores dos resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração	144
4.4	Análise dos títulos, definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores do resultado Estado da deglutição após validação de conteúdo	148
4.5	Análise dos títulos, definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores do resultado Prevenção da aspiração após validação de conteúdo	168
	CAPÍTULO 3 - VALIDAÇÃO CLÍNICA DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E REFERENTES EMPÍRICOS DOS INDICADORES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO E A PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA	178
1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	178
2	OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA	179
3	MATERIAS E MÉTODOS	180
3.1	Tipo do estudo	180
3.2	Período da coleta de dados e Local do estudo	180
3.3	População e amostra do estudo	180
3.4	Instrumentos para caracterização dos pacientes	181
3.5	Operacionalização da Validação clínica	182
3.6	Análise dos dados	185
3.7	Aspectos administrativos e éticos	186
3.8	Financiamento do projeto	186
4	RESULTADOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA	187
5	DISCUSSÃO	204
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
	REFERÊNCIAS	222
	APÊNDICES	233
	ANEXOS	249

1 INTRODUÇÃO

O estudo tem como proposta construir e validar os indicadores, as definições conceituais e os referentes empíricos para os resultados de enfermagem (REs) relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração, voltados para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC), com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Acredita-se que esses indivíduos podem ter benefícios ao receberem cuidados do enfermeiro baseados no processo de enfermagem e na determinação de indicadores de avaliação clínica mais específicos ao seu contexto clínico, os quais poderão contribuir para o direcionamento das intervenções ainda na fase aguda da doença para obtenção de resultados positivos de saúde.

Além disso, quando se pensa na evolução positiva do paciente com AVC, emerge o contexto das práticas de Promoção da Saúde dentro do cenário hospitalar. Apesar de ser amplamente discutida a efetivação dessa prática, poucos trabalhos podem ser visualizados no contexto brasileiro. A própria Organização Mundial de Saúde, pelo projeto *Health Promotion Hospital*, destaca a participação desses centros como ambientes saudáveis, nos quais os cuidados à saúde perpassam a esfera do tratamento, para pensar nas práticas de prevenção e promoção da saúde que permitam tanto o empoderamento dos pacientes, como de seus cuidadores para controle dos fatores de risco para as doenças, mas sem deixar de garantir os cuidados clínicos que os pacientes tanto precisam, principalmente nos casos de AVC (GROENE, 2006).

Corroborando com essas informações, Silva et al. (2011) afirmam que as práticas de promoção da saúde são necessárias e exequíveis dentro dos ambientes hospitalares, principalmente ao se pensar no cenário atual de discussão acerca do conceito ampliado de saúde. Diante disso, ao se considerar a inserção dessas práticas durante a internação dos pacientes com AVC, acredita-se que tanto o paciente, como seus cuidadores terão como benefícios o seu preparo para poder lidar com as inúmeras limitações causadas por essa doença.

Ao pensar nas discussões acerca do projeto *Health Promotion Hospital* iniciado no cenário europeu, principalmente após o envelhecimento da população, observou-se que, para garantir de forma efetiva as atividades de promoção da saúde, a assistência era voltada para o cumprimento de indicadores de saúde, que fornecem uma medida quantitativa para avaliar o progresso ao longo do tempo de determinada variável, como política de gestão, avaliação dos pacientes, intervenções/informações direcionadas para pacientes e promoção de

espaços de saúde. Logo, direcionadas para as práticas de inter-relação entre esses indicadores é que as práticas de promoção da saúde eram desenvolvidas (GROENE, 2006).

Ressalta-se que é muito mais fácil realizar atividades quando nenhum tipo de agravo está instalado. Portanto, fazendo um paralelo com os indicadores da NOC, ao se utilizar escalas que permitam o acompanhamento do paciente por um contínuo de tempo poderão ser identificadas rapidamente alterações nesse padrão e assim garantir com efetividade a implementação de uma intervenção de forma precoce.

Dessa forma, os resultados enfermagem retratam as expectativas desejadas na assistência e direcionam as intervenções a serem executadas, sendo a seguir reavaliados quanto ao seu alcance, refletindo assim os resultados sensíveis à enfermagem e a eficácia da intervenção. Além disso, eles também representam o conhecimento da área organizado em linguagem padronizada, que propicia as seguintes vantagens: oferecem contribuições para o aprimoramento de uma linguagem comum para a profissão; fornecem um conjunto uniforme de dados de enfermagem que fundamentam decisões; estabelecem medidas, definições e classificações padronizadas para o sistema de prestação de cuidados; favorecem uma avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; avaliam a eficiência geral da atuação da enfermagem; estimulam e analisam inovações na área; e permitem a participação de cuidados interdisciplinares (MOORHEAD et al., 2010).

Vários sistemas de classificação específicos para os resultados de enfermagem podem ser encontrados, como *Nursing Care Report Card for Acute care*, *Quality Health Outcomes Model*, *Sistema OMAHA*, *Home Health Care Classification (HHCC)*, *The Patient Care Data Set*, *The Outcome Assessment Information Set (OASIS)*, *Intentional Classification for Nursing Practice (ICNP®)* e mais recentemente foi elaborada a *Nursing Outcome Classification (NOC)*, o qual será trabalhado no estudo atual (MOORHEAD et al., 2010).

Algumas taxonomias e sistemas de classificação utilizam critérios (indicadores), como já especificado: eles sinalizam divergências com o padrão desejável e atuam como uma chamada, identificando e direcionando a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam ser revistos. Para isso, devem ser os mais específicos possíveis na questão tratada e sensíveis a mudanças específicas nas condições de interesse (CARVALHO et al., 2013).

Em face dessa situação, os profissionais de enfermagem devem começar a desenvolver instrumentos de medida que sejam tecnologias apropriadas e com possibilidades emancipatórias, para transformar a utilização empírica em uma abordagem científica. Assim, a adoção dos instrumentos da NOC com todas as suas definições e indicadores, como uma

forma de tecnologia, pode ser o resultado de processos concretizados para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimento/saberes organizados, a partir da experiência cotidiana e da pesquisa. Dessa forma, isso permite o processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de serviços produzidos e controlados, com uma finalidade prática específica (NIETSCHE, 2000).

Logo, torna-se fundamental o processo de validação dessas taxonomias. Moorhead et al. (2010) destacam que resultados de enfermagem confiáveis e válidos são necessários para a eficácia da enfermagem e para a pesquisa de efetividade, com vistas a promover maior desenvolvimento da prática com base em evidências e assim influenciar a política de saúde.

Ademais, a validade de um diagnóstico, intervenção ou resultado de enfermagem refere-se ao grau em que esses elementos representam o problema do paciente, o estabelecimento de tratamentos previstos ou a mensuração do estado de saúde do paciente, família ou comunidade a partir de julgamento clínico e conhecimento do enfermeiro (CHIANCA, 2004). Nesse contexto, os resultados de enfermagem descrevem: o estado, os comportamentos e as percepções ou sentimentos do paciente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado (MOORHEAD et al., 2010).

Para a validação dos resultados de enfermagem, estudos são essenciais para legitimá-los. Como relata Fehring (1987), um objeto só é válido quando se baseia em princípios de evidências e resiste a contestações, portanto deve-se buscar suporte teórico para a efetivação das partes seguintes.

Dessa forma, ao considerar a necessidade de tornar a avaliação dos resultados de enfermagem mais acurada, de permitir uma medida mais estável e confiável entre os enfermeiros, e de comunicar com eficiência o RE medido, é importante a validação das definições conceituais e dos referentes empíricos, pois proporciona maior acurácia na avaliação do estado de saúde do paciente que sobreviveu ao AVC (MOREIRA, 2011).

Estudos que buscam a validade desses elementos contribuem diretamente com a assistência de enfermagem, pois diminuem a proporção de problemas inferidos pelos enfermeiros sem base em evidências, tratamentos estabelecidos de forma ritual e metas estabelecidas sem levar em conta os diagnósticos formulados (SILVA, 2007).

Quanto à motivação principal para a realização desta pesquisa, surgiu em decorrência dos resultados obtidos com o estudo de mestrado desenvolvido com pacientes que haviam apresentado acidente vascular cerebral e estavam sob cuidados domiciliares (OLIVEIRA, 2010). Neste estudo, consoante encontrado, 67,2% dos pacientes estavam

desnutridos, 45,9% faziam uso de dieta enteral, 72,1% tinham dificuldade para mastigar e 59% apresentavam disfagia.

Outro motivo foi o fato de participar como enfermeira na validação de conteúdo e clínica do estudo cujo objetivo era validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral (CAVALCANTE, 2011), onde se percebeu que a disfagia apresentava-se como principal fator de risco, com o diagnóstico em estudo presente em 58,3% da população e a Aspiração respiratória em 37,5% dos pacientes com AVC.

Quando investigou-se a incidência dos problemas relacionados à deglutição, ela oscila entre 30 a 70% após AVC, e pode comprometer principalmente as fases oral e faríngea, merecendo maior atenção por parte dos profissionais, tanto os que administram as medicações, os alimentos e os líquidos quanto daqueles que realizam sua prescrição (PAIXÃO, 2009). Segundo Gomes et al. (2003), estima-se que, dentre os 300 mil a 600 mil indivíduos com doenças neurológicas afetados por disfagia orofaríngea nos Estados Unidos todos os anos, 37% desenvolverão pneumonia aspirativa e 3,8% morrerão se não fizerem parte dos programas de diagnósticos e tratamento.

Além disso, estudo epidemiológico realizado em Fortaleza, no qual foram acompanhados pacientes internados em 19 hospitais com diagnóstico de AVC ou ataque isquêmico transitório, encontrou-se que 24,8% dos pacientes foram internados em unidades críticas, 44% apresentaram rebaixamento do nível de consciência, 17,6% desenvolveram pneumonia, 34,2% precisaram de terapia de reabilitação fonoaudiológica e o tempo de permanência hospitalar foi em média de 15,4 dias ($\pm 20,1$) (CARVALHO et al., 2011). Tal situação aponta a necessidade de se focar na avaliação da deglutição e, com isso, na prevenção da aspiração para reduzir as complicações que possam surgir com o evento do AVC.

Ao buscar estudos sobre validação dos resultados de enfermagem relacionados à deglutição do paciente após AVC, até aquele momento não havia sido encontrado nenhum trabalho. Portanto, torna-se essencial o processo de validação desses resultados, o qual contemplará a revisão dos indicadores da NOC para os REs, construção de definições conceituais e referentes empíricos para cada indicador, com a validação junto a um grupo de especialistas na temática e a determinação em cenário clínico real da precisão e validade dos indicadores dos resultados.

Para tanto, ao investigar os resultados enfermagem que estivessem envolvidos com os dois conceitos centrais do estudo, que são a Deglutição e a Aspiração, encontraram-se

os seguintes: Estado da deglutição; Estado da deglutição: fase oral; Estado da deglutição: fase faríngea; Estado da deglutição: fase esofágica; e Prevenção da aspiração. Contudo, para permitir uma melhor avaliação do processo de deglutição, o objetivo foi trabalhar somente com um resultado mais amplo que permitisse um exame mais completo das fases que se encontram mais comprometidas no indivíduo com AVC. Quanto à aspiração, trabalhou-se com o RE na íntegra.

Diante do contexto ora exposto, surgiram os seguintes questionamentos: Quais os indicadores para a avaliação do Estado de deglutição e da Prevenção da aspiração em pacientes após AVC? Como avaliar esses indicadores na prática clínica?

Por conseguinte, a tese fundamenta-se nos seguintes pressupostos:

- Para o uso de resultados de enfermagem é necessário o emprego de escalas, as quais podem apresentar limitações, como a falta de definições conceituais e referentes empíricos para aplicá-las. Logo, com sua construção poder-se-á aumentar sua precisão/acurácia no cenário clínico;
- Para a construção de escalas é necessário atender aos pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade.

Na ótica da autora e com o intuito de responder aos questionamentos e pressupostos levantados, este estudo é relevante pelos seguintes aspectos:

- Importância da avaliação da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral diante das sérias consequências para eles, sua família e instituições de saúde;
- Necessidade de reconhecer quais aspectos da deglutição e para prevenção da aspiração não são contemplados pelos pacientes ou seus cuidadores no seu cotidiano;
- Possibilidade de construir um instrumento que poderá ser utilizado na prática assistencial do Enfermeiro;
- Relevância para a Enfermagem de possuir uma taxonomia de um RE válida.

Dessa maneira, o estudo foi efetuado em três etapas:

1. Primeira etapa: revisão dos indicadores e construção de definições conceituais e referentes empíricos para os resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração, a partir da análise de conceito;

2. Segunda etapa: validação do conteúdo das definições conceituais e referentes empíricos identificados e formulados na primeira etapa, por juízes;
3. Terceira etapa: validação clínica das definições conceituais e referentes empíricos construídos para os resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral.

2 OBJETIVOS GERAIS

- Revisar os indicadores dos resultados relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração estabelecidos na Classificação dos Resultados de Enfermagem para pacientes após acidente vascular cerebral.

- Construir e validar as definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores dos resultados relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração para pacientes após acidente vascular cerebral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Estudos de validação dos resultados de enfermagem

O processo de enfermagem insere-se como uma ferramenta conceituada, reconhecida e amplamente aplicada na sistematização do cuidado humano. Tem o intuito de promover a ação humanizada, dirigida a resultados, além de impulsionar o profissional à constante avaliação da sua prática. Ele consiste de cinco etapas inter-relacionadas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (ALFARO-LEFÈVRE, 2010).

Contudo, para a utilização de tal metodologia de trabalho é necessário que o enfermeiro tenha uma linguagem própria, uniforme. Essa uniformidade serve a várias finalidades, entre elas: proporciona uma linguagem para os enfermeiros comunicarem o que fazem; facilita a avaliação e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem; acelera o desenvolvimento do conhecimento da profissão; e possibilita o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação clínica e de prontuários eletrônicos do paciente (JOHNSON et al., 2009).

Assim, para a sua efetivação faz-se necessário o uso de taxonomias próprias, como a NANDA-International (NANDA-I) (HERDMAN, 2012), para definir o diagnóstico de enfermagem (DE); a Nursing Intervention Classification (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), para as intervenções de enfermagem; e a Nursing Outcome Classification (NOC) (MOORHEAD et al., 2010), para os resultados de enfermagem.

A linguagem específica dos RE foi desenvolvida na metade da década de 1960, quando Aydelotte utilizou mudanças nas características comportamentais e físicas dos pacientes para avaliar a eficiência dos sistemas de prestação de atendimento de enfermagem. Desde então, outras medidas de avaliação dos resultados foram desenvolvidas e testadas, entre elas a NOC, que teve como ponto de partida o trabalho desenvolvido, a partir da década de 70, nos Estados Unidos, pela NANDA (MOORHEAD, 2010).

O uso de uma classificação de RE torna-se progressivamente útil pela oportunidade de tornar visível o impacto dos cuidados de enfermagem. De outra forma, confiar tão somente em informações e avaliações de outros profissionais usurpa do enfermeiro a possibilidade de inserir-se efetivamente no processo decisório sobre o cuidado ao paciente e o respaldo legal que a mensuração das suas ações lhe permite (MOORHEAD et al., 2010).

Em especial, a NOC é um complemento às taxonomias NANDA-I e NIC, ao trazer a linguagem da sistematização da assistência de enfermagem para a etapa de avaliação do processo de enfermagem (MOORHEAD et al., 2010). O crescente interesse na sua utilização na prática clínica deve-se à necessidade de avaliar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, além de ser uma exigência do sistema de saúde em decorrência dos custos cada vez mais elevados envolvidos nos cuidados.

Conforme é percebida, a classificação prossegue em avaliação, desenvolvimento e refinamento, na medida em que novos resultados surgem e outros necessitam de reformulações (GARBIN et al., 2009). Em face desse aspecto dinâmico da NOC, com a admissão de novos resultados, torna-se imprescindível a sua validação, a fim de examinar sua aplicabilidade em diferentes situações (VÍTOR; ARAUJO, 2011).

A NOC vem sendo desenvolvida desde 1991 por um grupo de pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa. A primeira publicação, de 1997, continha 190 resultados. A segunda edição, datada de 2000, já contemplava 260 resultados, a terceira publicação, de 2004, foi ampliada para 330 resultados e a quarta edição contava com 385 RE. A estrutura atual é composta por: sete domínios, 31 classes e 490 resultados de enfermagem e cada um inclui um nome identificador, uma definição, um conjunto de indicadores que descrevem os estados de cada paciente, cuidador, família ou comunidade; uma escala de cinco pontos do tipo Likert para medida e uma bibliografia selecionada, utilizada no desenvolvimento do resultado (MOORHEAD et al., 2013).

Os sete domínios da NOC são: Saúde Funcional; Saúde Fisiológica; Saúde Psicossocial; Conhecimento de Saúde/Comportamento; Saúde Percebida; Saúde Familiar; e Saúde Comunitária. E as 31 classes são: Gerenciamento da Saúde; Manutenção da Energia; Crescimento e Desenvolvimento; Mobilidade; Autocuidado; Cardiopulmonar; Eliminação; Líquidos e Eletrólitos; Resposta Imunológica; Regulagem Metabólica; Neurocognitiva; Digestão e Nutrição; Resposta Terapêutica; Integridade Tissular; Função Sensorial; Bem-Estar Psicológico; Adaptação Psicológica; Autocontrole; Interação Social; Comportamento de Saúde; Crenças de Saúde; Conhecimento de Saúde; Controle de Riscos e Segurança; Saúde e Qualidade de Vida; Estado dos Sintomas; Satisfação com o Cuidado; Estado do Cuidador da Família; Estado de Saúde do Membro da Família; Bem-Estar da Família; Paternidade; Bem-Estar Comunitário; e Proteção da Saúde Comunitária (MOORHEAD et al., 2013).

Cada RE da NOC possui uma escala Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados. Há 14 diferentes escalas para avaliar a ampla variedade de resultados que

fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado (MOORHEAD et al., 2010).

Os resultados de enfermagem, através da NOC, têm ainda as seguintes vantagens: oferecem contribuições para o aprimoramento de uma linguagem comum para a profissão; fornecem um conjunto uniforme de dados de enfermagem que fundamentam decisões; estabelecem medidas, definições e classificações padronizadas para o sistema de prestação de cuidados; favorecem uma avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; avaliam a eficiência geral da atuação da enfermagem; estimulam e analisam inovações na área; permitem a participação de cuidados interdisciplinares, além de contribuírem para o desenvolvimento de conhecimentos (MOORHEAD et al., 2010).

Essas classificações, por sua vez, contêm conceitos que precisam ser mais estudados, analisados e validados, motivo pelo qual o processo de validação é imprescindível no sentido de aperfeiçoá-los e legitimá-los, com vistas, fundamentalmente, a gerar um conhecimento empreendedor e a possibilidade de aplicá-lo, de fato, no cotidiano do profissional que o produz (GARCIA; NÓBREGA, 2004; NAPOLEÃO, 2005). Nesse contexto, envolve diferentes tipos e métodos, porém, ainda é pouco conhecido como o processo de validação dos elementos da Taxonomia NANDA-I/NIC/NOC (NNN) é focado na literatura brasileira.

A palavra “válido” tem vários sentidos, todos sugerindo força ou correção. Validar é declarar válida alguma coisa. Na pesquisa, quando um instrumento é avaliado e considerado “válido”, significa que mede o que deveria medir. Possibilita, então, inferir o quanto os resultados obtidos representam a verdade (CREASON, 2004; POLIT; BECK, 2011).

Logo, é fundamental ressaltar a importância da validação das taxonomias e de seus respectivos componentes, haja vista a sua incorporação no campo da saúde que é adotada muitas vezes de forma acrítica, sem avaliar corretamente sua aplicabilidade, bem como sem ponderar seus efeitos sobre os usuários, os serviços, ou mesmo sobre o sistema de saúde (SCHRAMM; ESCOSTEGUY, 2000).

Em suma, os sistemas de classificação de enfermagem e suas taxonomias são fundamentais para organizar e aprimorar a comunicação da prática de enfermagem, e,

portanto, devem ser clinicamente úteis e aplicáveis (KILLEEN; KING, 2007). Por isso, acredita-se que exista um amplo e necessário espaço para pesquisas de validação nesse âmbito.

Entretanto, estudos observam uma tendência geral no Brasil de maior concentração de pesquisas sobre a taxonomia NANDA-I, como linguagem de enfermagem, e essa mesma constatação se repete no referente aos estudos de validação e revisão de componentes das taxonomias utilizadas no processo de enfermagem. Ou seja, ainda sobressai a preferência dos pesquisadores em desenvolver trabalhos sobre os componentes dos diagnósticos de enfermagem em detrimento das demais etapas do processo de enfermagem e suas respectivas taxonomias. Ademais, tais autores concordam sobre as lacunas evidenciadas e apontam para a necessidade de melhor conhecimento e compreensão dos elementos do processo de enfermagem que dão base às classificações para sua utilização na prática, na pesquisa e no ensino, sobretudo com referência aos outros componentes da taxonomia NANDA/NIC/NOC (SILVA et al., 2006; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Na literatura têm sido descritos diversos modelos metodológicos que podem ser utilizados para a geração, análise e/ou validação de diagnósticos de enfermagem, entre eles: Modelo de Wilson revisado por Walker e Avant para análise de conceito; o Modelo de Gordon e Sweeney, subsidiado pelo método retrospectivo, clínico e de validação de diagnóstico diferencial; o Modelo de Hoskins, composto por análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica; o Modelo de Fehring, no qual se observa a validação de conteúdo, validação clínica, correlação etiológica e validação de definição diagnóstica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Nesse contexto, apesar dos diferentes tipos e métodos de validação, também é discutido qual o melhor caminho para a validação dos resultados de enfermagem, portanto o que se tem percebido é uso conjugado de vários modelos metodológicos para validar os elementos da NOC (MELO, 2012; SANTOS, 2011; MOREIRA, 2011; VITOR, 2010; SILVA, 2007).

No Brasil, até o presente momento foram encontrados seis estudos sobre validação dos resultados de enfermagem, adaptando os modelos metodológicos utilizados para a validação dos diagnósticos: Silva (2007) validou um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem em crianças portadoras de cardiopatias congênitas, as quais apresentavam o diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz. Seganfredo (2010) validou os REs da NOC para dois DEs frequentemente identificados em pacientes internados em unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva. Vítor (2010) revisou o resultado de

enfermagem Comportamento de prevenção de quedas, através da análise de conceito e validação por especialistas. Santos (2011) construiu e investigou a validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem Integridade tissular com portadores de úlcera venosa. Moreira (2011) validou as definições conceituais e operacionais construídas para o resultado de enfermagem Mobilidade de pacientes com acidente vascular cerebral. Melo (2012) revisou o conceito do resultado Equilíbrio Hídrico em pacientes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca e construiu definições operacionais para cada indicador e suas medidas.

Uma revisão integrativa com o objetivo de identificar o conhecimento publicado até 2008, sobre a NOC, encontrou 15 artigos, dos quais 40% se referiam à utilização da taxonomia na prática assistencial, 40% à validação dos elementos (resultados, indicadores e escalas) da taxonomia, 13,4% ao emprego da utilização da NOC em sistemas informatizados e 6,6% à tradução e validação da NOC (GARBIN et al., 2009).

Assim, ao considerar a necessidade de tornar a avaliação dos resultados de enfermagem mais acurada, ressalta-se a importância da construção de definições conceituais e referentes empíricos para cada indicador dos resultados relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração, pois no caso deste estudo permitirá uma melhor compreensão dos fenômenos envolvidos na avaliação da deglutição do paciente que sobreviveu ao acidente vascular cerebral.

Os indicadores de cada resultado visam auxiliar o enfermeiro a definir o estado de saúde do paciente. Contudo, os indicadores desses resultados não são suficientes para estimar as reais condições de saúde do paciente de maneira fidedigna, como afirma Vítor (2010), haja vista serem pontuados conforme a percepção de cada avaliador que esteja examinando ou observando o indivíduo. Portanto, é recomendada a construção de definições conceituais e referentes empíricos para cada um dos indicadores do resultado de enfermagem a se adotar.

Segundo Burns e Grove (2001), as definições conceituais oferecem uma variável ou conceito com significado conotativo estabelecido por intermédio de análise de conceito. E os termos “operacional” ou “referente empírico” dizem respeito ao valor de um conhecimento, ou de uma técnica, pelos resultados que permitam obter (TREVISAN et al., 2007), ou seja, descrevem o que será medido e como será feito, o que aumenta a fidedignidade e validade dos dados, facilita a reprodução da pesquisa e proporciona ao pesquisador relatar novos achados (GRANT; KINNEY, 1991).

Com o pressuposto de que o estabelecimento de definições conceituais e referentes empíricos facilita a identificação dos REs para pacientes após AVC, este estudo

tem como propósito de revisar os indicadores e construir e validar suas definições as quais culminaram na construção de um instrumento de avaliação do Estado da deglutição e Prevenção da aspiração com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem.

3.2 Conceituação e contextualização da disfagia e da aspiração e dos resultados de enfermagem

A deglutição, foco do estudo, é definida como uma atividade complexa e coordenada, regulada por um comando central no tronco encefálico, com o objetivo de transportar o bolo alimentar da cavidade oral ao estômago. A deglutição normal pode ocorrer de forma voluntária e/ou involuntária, envolvendo as atividades motora e sensorial por meio dos nervos cranianos e integrando-se a outras funções vitais, como a respiração. Sua manutenção, portanto, depende do funcionamento de um conjunto de estruturas ósseas, cartilaginosas, musculares e neurais (SMITHARD; SMEETON; WOLFE, 2007).

As alterações de deglutição são sequelas comuns após AVC. Em estágios agudos da doença, ocorrem em mais de 50% dos pacientes. Já, na fase de reabilitação do AVC, sua prevalência está em torno de 44%, conforme observaram Smithard, Smeeton e Wolfe (2007), os quais também demonstraram haver associação entre o aumento da mortalidade e da dependência (institucionalização) e a presença de disfagia na fase aguda do AVC. Assim, às vezes, seus sintomas podem ser resolvidos na maioria dos pacientes dentro de uma semana a um mês; outros, às vezes, persistem após seis meses ou mais. Isto determina a ocorrência de graves complicações.

Assim, qualquer interrupção no processo de deglutição pode ocasionar dificuldades, levando a um quadro caracterizado como disfagia que, em algumas condições, pode ser a primeira manifestação clínica da doença (FEIJÓ; RIEDER, 2003). Nasi et al. (1998) definem a disfagia como dificuldade na deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Portanto, pode ser classificada pela sua localização em alterações orofaríngeas, que vão da boca até o esfíncter cricofaríngeo (disfagia orofaríngea ou alta), e alterações esofágicas, que vão abaixo do esfíncter cricofaríngeo (disfagia esofágica ou baixa).

Os problemas na fase oral da deglutição estão relacionados à dificuldade de mastigação e iniciação da deglutição de alimentos sólidos. Quando há ingestão de alimentos líquidos, pacientes podem ter problemas para conter o líquido dentro da cavidade oral antes da deglutição. Como resultado, o líquido entra precocemente para a faringe não preparada, e,

consequentemente, acontece a aspiração. Na fase faríngea, o transporte do alimento para o esôfago pode estar prejudicado e, assim, o alimento fica retido na faringe depois da deglutição. No estágio esofágico, os problemas são decorrentes da retenção do alimento ou líquido no esôfago, após a deglutição. Essa retenção pode ser resultado de uma obstrução mecânica, desordem motora ou abertura prejudicada do esfíncter esofágico (PALMER; DRENNAN; BABA, 2000).

Em relação ao tempo para o desenvolvimento da disfagia, Shigemitsu e Afshar (2007) e Trapl et al. (2007) relatam que a disfagia está clinicamente presente em 42 a 67% dos pacientes nos primeiros 3 dias da ocorrência do AVC. Nesse contexto, a disfagia é vista como uma condição debilitante e fatal quando não diagnosticada e/ou quando ameaçar o sistema pulmonar, o estado de hidratação e a condição nutricional do indivíduo. Logo, a relação entre disfagia, desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa é complexa e interdependente, e a ocorrência de qualquer uma dessas condições tende a aumentar a probabilidade de surgimento das outras condições (MARTINO et al., 2005; SOUZA et al., 2003).

No paciente com AVC e disfagia, o risco para desenvolver pneumonia aspirativa é 3,17 vezes maior do que no paciente acamado sem disfagia, e 11,5 vezes maior para o risco de aspiração (COSTA; CASTRO, 2003). Caso apareçam complicações como a aspiração e a pneumonia, haverá maior tempo de hospitalização, reinternações (15% a 43%), além de desfechos como a morte desses pacientes (3,8%) (PAIXÃO, 2009).

Segundo Cavalcante (2011), ao realizar Análise de Conceito do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, 67% das publicações analisadas aduziram que a disfagia é um fator de risco para a aspiração respiratória, configurando-a como principal causa de aspiração em pacientes acometidos por AVC. E, na fase clínica do seu estudo, foi encontrado que 54,2% dos pacientes com AVC apresentaram esse fator de risco, ressaltando-se que o diagnóstico em estudo esteve presente em 58,3% da população e o evento de aspiração respiratória foi observado 72 horas depois em 37,5% dos pacientes.

Outra consequência também observada é a desnutrição. Em estudo com 49 indivíduos após AVC, conforme verificou-se, 49% dos pacientes estavam desnutridos, mas essa incidência diminuiu para 34% após intervenção nutricional (FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

Logo, a disfagia aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência do indivíduo para se alimentar e traz riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa. Ou seja, afeta a vida de muitas pessoas de diversas maneiras, direta ou

indiretamente, levando a implicações que incluem não só problemas de ordem biológica, mas também psicológica e social (PAIXÃO; SILVA; CAMERINI, 2010). Assim, tal morbidade pode acarretar prejuízos nos aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, no prazer alimentar e no equilíbrio social do indivíduo (OMS, 2003).

Em virtude desses prejuízos, parece não restar dúvida de que a alta incidência de disfagia representa cofator de mortalidade e morbidade, com todos os custos agregados para a sociedade. Por esse motivo, deve haver preocupação específica com essa questão (SCHELP et al., 2004), sobretudo porque cerca de 30% a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após AVC requerem algum tipo de auxílio para a alimentação, em decorrência da deglutição prejudicada. E, prontamente, a frequência, a gravidade da disfagia e a necessidade do pronto reconhecimento e tratamento adequado constituem um desafio, tanto pelo impacto à saúde quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias (OMS, 2003).

Entretanto, a maior parte dos estudos sobre o tema foca-se principalmente na incidência da disfagia, nas taxas de desnutrição (16% a 62%), na pneumonia (37% a 44%) e na re-hospitalização. Isto é, destacam-se as consequências, mas não se abordam condutas destinadas a preveni-las (PAIXÃO, 2009). Destarte, é evidente a necessidade da construção de protocolos com orientações acerca dos cuidados oferecidos aos pacientes com AVC, independente da sua gravidade (WESTERGRENN, 2006), mas também é necessário que ocorra uma completa avaliação desses pacientes para melhorar o seu prognóstico.

Na assistência aos gravemente enfermos, principalmente aos pacientes após AVC, o enfermeiro possui um importante papel na prevenção das incapacidades e no restabelecimento funcional e social (FOWLER; DURKEE; WEBB, 1996). Em unidades de cuidados críticos, as várias situações de risco às quais os pacientes estão expostos colocam o enfermeiro para atuar na prevenção, demonstrando que isto é parte das ações de cuidados de enfermagem seja nos níveis secundários ou terciários de saúde (GORDON; HILTUNEN, 1995; LUCENA; BARROS, 2006).

No Brasil, a discussão a respeito dessa incapacidade física motivada pelo AVC ainda apresenta lacunas. Diante destas, reclamam-se estudos para fundamentar ações de enfermagem direcionadas a esses pacientes, pois a maioria dos trabalhos dirigidos a essa população foram feitos por médicos (PAIXÃO, 2009; MAGALHÃES; BILTON, 2004). Não obstante, a adaptação à disfagia após o AVC é um processo de colaboração entre paciente, família, enfermeiros e outros profissionais de saúde. E essa cooperação não se limita aos ambientes hospitalares, ao invés disso, deve prosseguir durante toda a trajetória da doença (PAIXÃO; SILVA; CAMERINI, 2010).

Desse modo, julga-se útil a seleção do processo de enfermagem como método de sistematização da assistência de enfermagem voltado especificamente às necessidades dos pacientes após o AVC que apresentam disfagia. Desse modo, a todo momento, o enfermeiro deve avaliar o paciente e rever o seu plano de cuidado, com o intuito de alcançar resultados positivos de saúde.

Ao estimular e, ao mesmo tempo, exigir habilidades do profissional, sempre fundamentadas em seu julgamento clínico, o processo de enfermagem organiza e fundamenta a assistência. O enfermeiro tem, então, a capacidade de decidir que ações devem ser executadas, bem como a forma de implementá-las e quais resultados devem ser esperados (VITOR, 2010).

A etapa de avaliação, foco deste estudo, situa-se sobreposta às etapas de planejamento e implementação na organização teórica do processo de enfermagem e tem por fim o seguinte: monitorar o estado de saúde do paciente, tanto basal como em resposta a uma intervenção de enfermagem; determinar o alcance dos resultados pretendidos e fundamentar decisões quanto às mudanças necessárias a serem adotadas (ALFARO-LEFÈVRE, 2010).

De acordo com o que foi discutido anteriormente, para avaliar a deglutição de pacientes com acidente vascular cerebral foram encontrados na NOC cinco resultados de enfermagem: 1. Estado da deglutição; 2. Estado da deglutição: fase oral; 3. Estado da deglutição: fase faríngea; 4. Estado da deglutição: fase esofágica; e 5. Prevenção da aspiração. Os quatro primeiros pertencem ao domínio *Saúde Fisiológica*, da classe *Digestão e nutrição*, com escala de gravemente comprometido a não comprometido e grave a nenhum. Já o último, pertence ao domínio Conhecimentos e Comportamentos de Saúde, da classe Controle de Risco e Segurança, com escala de nunca demonstrado a consistentemente demonstrado (MOORHEAD et al., 2010). Nos quadros a seguir estão apresentados esses resultados com seus respectivos indicadores.

Quadro 1 – Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição e seus indicadores.

Estado de deglutição	
Definição: Trânsito seguro de líquidos e/ou sólidos desde a boca até o estômago	
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manutenção dos alimentos na boca; 2. Controle das secreções orais; 3. Produção de saliva; 4. Capacidade de mastigar 5. Distribuição do bolo alimentar até a hipofaringe combinado com o reflexo da deglutição; 6. Capacidade de desobstruir a cavidade oral;

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Formação de bolo no momento certo; 8. Número de deglutições adequadas ao tamanho/textura do bolo; 9. Duração da refeição relacionada com a quantidade consumida; 10. Reflexo da deglutição no momento oportuno; 11. Manutenção de uma posição neutra da cabeça e do pescoço; 12. Aceitação dos alimentos; 13. Achados de estudo da deglutição; 14. Mudanças na qualidade da voz; 15. Sufocação; 16. Tosse; 17. Regurgitação; 18. Esforço aumentado para deglutir; 19. Refluxo gástrico; 20. Desconforto com a deglutição
--	--

Fonte: MOORHEAD S; JOHNSON, M.; MAAS, M; SWANSON, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 464p.

Quadro 2 – Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase oral e seus indicadores.

Estado de deglutição: fase oral	
Definição: Preparo, contenção e movimento posterior de líquidos e/ou sólidos na boca	
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manutenção dos alimentos na boca; 2. Controle das secreções orais; 3. Formação de bolo; 4. Formação oportuna de bolo; 5. Capacidade de mastigar 6. Distribuição do bolo alimentar até a hipofaringe combinada com o reflexo da deglutição; 7. Capacidade de desobstruir a cavidade oral; 8. Fechamento dos lábios; 9. Quantidade adequada de deglutições com relação ao tamanho/textura do bolo; 10. Eficiência em engolir em pequenos goles; 11. Taxa de consumo dos alimentos; 12. Reflexo de regurgitação; 13. Aceitação dos alimentos; 14. Achados de estudo da deglutição: fase oral; 15. Tosse antes de deglutir; 16. Sufocação antes de deglutir; 17. Refluxo nasal.

Fonte: MOORHEAD S; JOHNSON, M.; MAAS, M; SWANSON, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 469p.

Quadro 3 – Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase faríngea e seus indicadores.

Estado de deglutição: fase faríngea	
Definição: Trânsito seguro de líquidos e/ou sólidos da boca até o esôfago	
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexo da deglutição no momento certo; 2. Quantidade de deglutições adequadas ao tamanho/textura do bolo;

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Manutenção de posição neutra da cabeça e do pescoço; 4. Elevação da laringe; 5. Aceitação dos alimentos; 6. Achados de estudo da deglutição: fase faríngea; 7. Mudanças na qualidade da voz; 8. Sufocação; 9. Tosse; 10. Regurgitação; 11. Esforço aumentado para deglutir; 12. Refluxo nasal; 13. Aspirações.
--	---

Fonte: MOORHEAD S; JOHNSON, M.; MAAS, M; SWANSON, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 467p.

Quadro 4 – Apresentação do resultado de enfermagem Estado de deglutição: fase esofágica e seus indicadores.

Estado de deglutição: fase esofágica	
Definição: Trânsito seguro de líquidos e/ou sólidos da faringe até o estômago	
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manutenção de uma posição neutra da cabeça e do pescoço; 2. Aceitação dos alimentos; 3. Aceitação do volume; 4. Achados de estudo da deglutição: fase esofágica; 5. Sufocação ao deglutir; 6. Tosse ao deglutir; 7. Refluxo gástrico; 8. Dor epigástrica; 9. Desconforto com a deglutição; 10. Tosse durante a noite; 11. Vômito durante a noite; 12. Sufocação à noite; 13. Deglutição repetitiva; 14. Hematêmese; 15. Odor ácido no hálito; 16. Bruxismo.

Fonte: MOORHEAD S; JOHNSON, M.; MAAS, M; SWANSON, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 464p.

Quadro 5 – Apresentação do resultado de enfermagem Prevenção da aspiração.

Prevenção da aspiração	
Definição: Atos pessoais para prevenir a passagem de líquidos e partículas sólidas para os pulmões.	
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica fatores de risco; 2. Evita fatores de risco; 3. Mantém a higiene oral; 4. Posicionamento ereto para comer e beber; 5. Posicionamento de lado para comer e beber quando necessário; 6. Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição; 7. Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada; 8. Usa espessantes de líquidos se necessário;

9. Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição.

Fonte: MOORHEAD S; JOHNSON, M.; MAAS, M; SWANSON, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, 631p.

Para a utilização desses indicadores na prática clínica, ressalta-se a importância da construção de definições conceituais e referentes empíricos para cada indicador dos resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração, pois no caso deste estudo permitirá uma melhor compreensão dos fenômenos envolvidos na avaliação da deglutição do paciente que sobreviveu ao AVC. Assim, a pesquisa atual é pertinente e relevante para o enriquecimento da literatura e o aprimoramento da profissão. Além disso, ao trabalhar com RE na assistência, observa-se que a falta de indicadores acurados e precisos, com suas definições validadas, acaba por comprometer a avaliação do enfermeiro que atua junto ao paciente com dificuldade de deglutir.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O estudo em questão foi uma pesquisa metodológica. Segundo Polit e Beck (2011), esse tipo de pesquisa tem como finalidade a elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Centra-se no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e validade desses instrumentos.

A seguir serão apresentados a Análise de Conceito segundo o método de Walker e Avant (2005), a Revisão Integrativa da Literatura proposta por Ursi e Galvão (2006) e Mendes, Silveira e Galvão (2008) e a Psicometria na perspectiva de Pasquali (1997, 1999, 2003, 2009). O objetivo dessa apresentação é facilitar a compreensão do desenvolvimento das três etapas da pesquisa.

4.1 Análise de Conceito

A palavra “conceito” é derivada do latim *conceptus* e significa "representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais. A ação de formular uma idéia por meio de palavras; definição e caracterização" (FERREIRA, 2004). Para alguns autores, o conceito é entendido como uma imagem mental, uma representação que simboliza ideias e significados e expressa uma abstração (WATSON, 1979).

Portanto, pode ser compreendido como processo, uma construção mental feita a partir das observações e experiências em torno dos acontecimentos. O importante é que ele seja capaz de expressar através de seu significado o que ocorre na realidade empírica, ou seja, a(s) palavra(s) usada(s) para designar um conceito deve(m) significar ideias muito semelhantes para diferentes pessoas; deve(m) refletir o mesmo conceito para diferentes pessoas (MENDONÇA, 1985).

Quanto mais claros forem os conceitos, ou seja, a expressão de seus "atributos essenciais", maior será o entendimento entre aqueles que o utilizam. Esses atributos são compreendidos como características que aparecem com frequência, quando um conceito é descrito (WALKER; AVANT, 2005). Determinados autores asseveram que o ato de clarificar um conceito não significa um ponto final, mas um passo crítico no desenvolvimento do conhecimento relacionado aos conceitos de interesse da Enfermagem (RODGERS; KNAFL, 2000; WALKER; AVANT, 2005).

Segundo Walker e Avant (2005), para se desenvolver conceitos em qualquer área, sistematicamente, se deve passar por três estágios: "a análise do conceito", "a síntese do

conceito" e a "derivação de conceito", e a escolha do estágio depende do contexto em que será utilizado.

Com a derivação de conceito novas maneiras de pensar e olhar para algum fenômeno são construídas, ou seja, é fornecido um vocabulário novo para uma área de investigação através da confiança sobre uma relação análoga ou metafórica entre dois fenômenos, podendo ser utilizadas a criatividade e a imaginação para essa elaboração. Outras vezes, é percebido de uma forma inovadora um dado fenômeno que já era utilizado, logo o conceito e o fenômeno devem estar relacionados. Os procedimentos para a derivação do conceito são: 1- Conhecer profundamente a literatura (capacidade crítica); 2- Realizar a busca em diferentes áreas, com leitura ampla (ser paciente e persistente); 3- Escolher uma matriz conceitual de outra área do conhecimento (não há regras); 4- Redefinição do conceito. Com isso pode-se prover a classificação preliminar de um fenômeno de enfermagem e facilitar a introdução de um conceito (WALKER; AVANT, 2005).

A síntese de conceito é útil quando existe a necessidade de explicar alguma coisa classificando-a ou quando surge a necessidade de conceitos totalmente novos ou novos usos para antigos conceitos. Para que essas necessidades sejam atendidas, é importante saber que a síntese constitui-se de um processo livre e interativo; que necessita de uma familiaridade exaustiva com a temática. É uma classificação não rigorosa dos dados buscando agrupá-los, combiná-los e estruturá-los hierarquicamente; no qual há retorno à literatura, coleta de dados até a saturação; o pesquisador deve ter habilidade de observar. Assim, este novo conceito pode adicionar uma quantidade significativa de informação nova a uma dada área de interesse (WALKER; AVANT, 2005).

Quanto à análise de conceito, ela é entendida como uma atividade desafiadora que busca compreender as várias possibilidades de um conceito no intuito de demonstrar evidências para a prática (WALKER; AVANT, 2005). Ela pode ter diferentes objetivos: esclarecer o significado de um conceito, desenvolver um Referente empírico e adicionar/renovar uma teoria existente, entre outros (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Ela tem o propósito primeiro de determinar os atributos ou características do fenômeno estudado, permitindo a sua diferenciação de outros conceitos semelhantes; e, segundo, de manter o conceito atualizado, uma vez que eles estão constantemente sendo modificados (RODGERS, 2000; MELEIS, 1997).

Neste estudo, para a análise de conceito algumas etapas precisam ser perpassadas, o que abrange oito etapas das 11 sugeridas por Wilson, em 1963 (WILSON, 2005):

1. Seleção do conceito – Escolha feita com cuidado e que representa algo de bastante interesse para os pesquisadores (WALKER; AVANT, 2005).
2. Determinação dos objetivos e propostas para a análise conceitual – Deve ser realizada a determinação dos objetivos e propósitos da análise, pois ela é essencial para ajudar a focalizar a atenção no uso exato dos resultados da análise. O pesquisador deve fazer a seguinte pergunta: "Por que estou fazendo esta análise?".
3. Identificação dos possíveis usos do conceito – Deve ser realizada a identificação de todos os usos do conceito, com a busca pelos possíveis usos na literatura e na prática clínica. A busca não deve ser limitada à literatura de enfermagem, considerando todos os aspectos do uso do conceito em estudo. Para tanto, deve ser realizada uma busca ampla em diversas fontes de dados: artigos, dissertações, teses, livros, dicionários, entre outros. Para a execução da Análise de conceito segundo Walker e Avant (2005), realizou-se Revisão Integrativa da Literatura, por ela permitir a busca de evidências nas mais diversificadas fontes, como artigos, resumos, dissertações, teses, livros, entre outros.
4. Determinação dos atributos definidores – Parte fundamental da análise, na qual o pesquisador busca por palavras ou expressões utilizadas pelos autores para descrever as características do conceito. Tais atributos podem ajudar na compreensão do conceito.
5. Identificação de um caso-modelo – Identificação em um caso real ou construído pelo pesquisador, possibilitando o uso do conceito com todos os seus atributos de definição.
6. Identificação de casos *borderline*, contrários, inventados e ilegítimos – São casos adicionais ao caso-modelo, construídos com o propósito básico de ajudar a decidir o que deve e o que não deve ser considerado como um atributo de definição para o conceito de interesse. Walker e Avant (2005) esclarecem que, dentre esses, o caso-contrário deve ser construído preferencialmente se o conceito ainda não estiver claro.
7. Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito – Os antecedentes são os eventos fundamentais para a ocorrência do conceito. Já os consequentes são os eventos resultantes da presença do conceito.
8. Definição de referentes empíricos – Nesta etapa é proposto como o conceito em análise deverá ser mensurado. Dessa forma, poderão ser desenvolvidos instrumentos que permitirão mensurar o fenômeno no cenário clínico, além de permitir uma validação de conteúdo e de constructo do novo instrumento.

Acredita-se que com a elaboração dessa análise conceitual poderá ser aumentada a compreensão do fenômeno em estudo pelos profissionais enfermeiros, uma vez que foram construídas definições conceituais e referentes empíricos para cada um dos indicadores dos fenômenos Deglutição e Aspiração em pacientes após AVC. Além disso, esses referenciais empíricos permitirão que os profissionais possam realizar a etapa de Avaliação de uma forma mais direcionada, pois todas as magnitudes clínicas também foram definidas. Tal contexto permitirá também ao enfermeiro trabalhar dentro da equipe multiprofissional visando à melhor reabilitação desse paciente quanto à sua deglutição.

Algumas etapas do Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant (2005) são equivalentes e ocorrem de forma simultânea às etapas da Revisão Integrativa da Literatura. Após a leitura das publicações selecionadas, executou-se a Análise Conceitual, propriamente dita, com seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito e dos atributos críticos do conceito de Deglutição, bem como seus antecedentes e consequentes, criaram-se o caso-modelo e caso-contrário de acordo com recomendações de Walker e Avant (2005).

4.2 Revisão Integrativa

A utilização dos princípios da Prática Baseada em Evidências (PBE) para fundamentar as decisões diagnósticas tem sido discutida na literatura. A PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Essa abordagem envolve a delimitação do problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e a avaliação dos resultados obtidos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

No movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado; dentre estes se destacam: a revisão sistemática e a revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão sistemática tem como propósito principal avaliar a eficácia de um tratamento ou uma intervenção, por meio da revisão de estudos experimentais, mais comumente estudos randomizados controlados (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A meta-análise destaca-se como um método estatístico utilizado na revisão sistemática para integrar os resultados dos estudos incluídos e aumentar o poder estatístico da pesquisa primária (SOUSA; RIBEIRO, 2009).

Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. É um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas e propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Por conseguinte, pesquisadores recomendam, antes da etapa de validação de conteúdo, a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

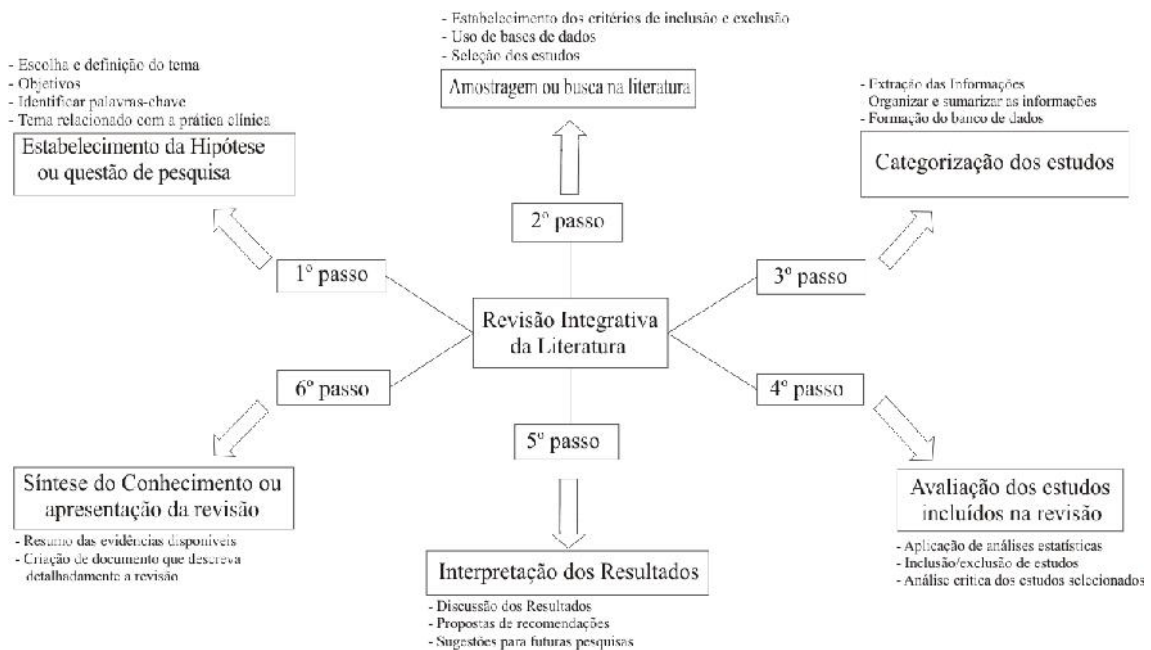
Portanto, uma revisão de literatura sólida e específica visa identificar as teorias que subjazem no construto e embasam a formulação de cada item da ferramenta em construção (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Viegas (2007) complementa ao mencionar que a revisão de literatura proporciona uma nova visão sobre uma área, ao trazer concepções convergentes, divergentes e, até mesmo, escassas, sobre determinado tema.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar aos profissionais melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos (SILVEIRA, 2005).

A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005), e para a sua execução devem-se seguir padrões de rigor metodológico, os quais permitirão gerar uma fonte de conhecimento atual, verificar a aplicabilidade na prática clínica, além de oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão adotada neste estudo seguiu as seis etapas descritas por Ursi e Galvão (2006) e Mendes, Silveira e Galvão (2008), conforme mostra a Figura 1 abaixo. Ressalta-se que a seleção desses autores decorreu da atualidade de seu trabalho e da apresentação de um detalhamento metodológico de cada etapa.

Figura 1. Componentes da revisão integrativa da literatura



Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008.

1º Passo: Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa – Elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos. Esta é a etapa que irá nortear todo o processo da revisão e, por isso, o tema deve ser definido de forma clara e específica, para que a busca siga um raciocínio teórico e confiável (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009, WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

2º Passo: Amostragem ou busca na literatura – É a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Whittemore e Knafl (2005) asseguram que a seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental com vistas a se obter a validade interna da revisão e é um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão. Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009), esta fase deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes. Para Ursi e Galvão (2006) é desejável incluir todos os estudos encontrados na busca, entretanto, caso o número de pesquisas seja muito grande, pode-se fazer uma seleção randomizada ou a utilização de outros métodos de amostragem.

3º Passo: Categorização dos estudos – Consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT, BECK, 2011).

4º Passo: Avaliação dos estudos incluídos na revisão da literatura – É o momento em que os estudos passam por uma análise detalhada, quanto aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (SILVEIRA, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5º Passo: Interpretação dos resultados – Corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os trabalhos podem ser classificados de acordo com o nível de evidência. Pode-se adotar, por exemplo, a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

6º Passo: Síntese dos estudos analisados – Consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos estudos incluídos, bem como declarar possíveis limitações metodológicas para a construção da revisão. É um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Ao final da revisão integrativa buscou-se construir um material com todas as definições conceituais e os referentes empíricos para os indicadores propostos por Moorhead et al. (2010), para os resultados relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração.

Após a elaboração desse instrumento era fundamental observar se ele atendia a todos os pré-requisitos de validade e confiabilidade, logo foi utilizada a Psicometria para fazer essa avaliação.

4.3 Psicometria

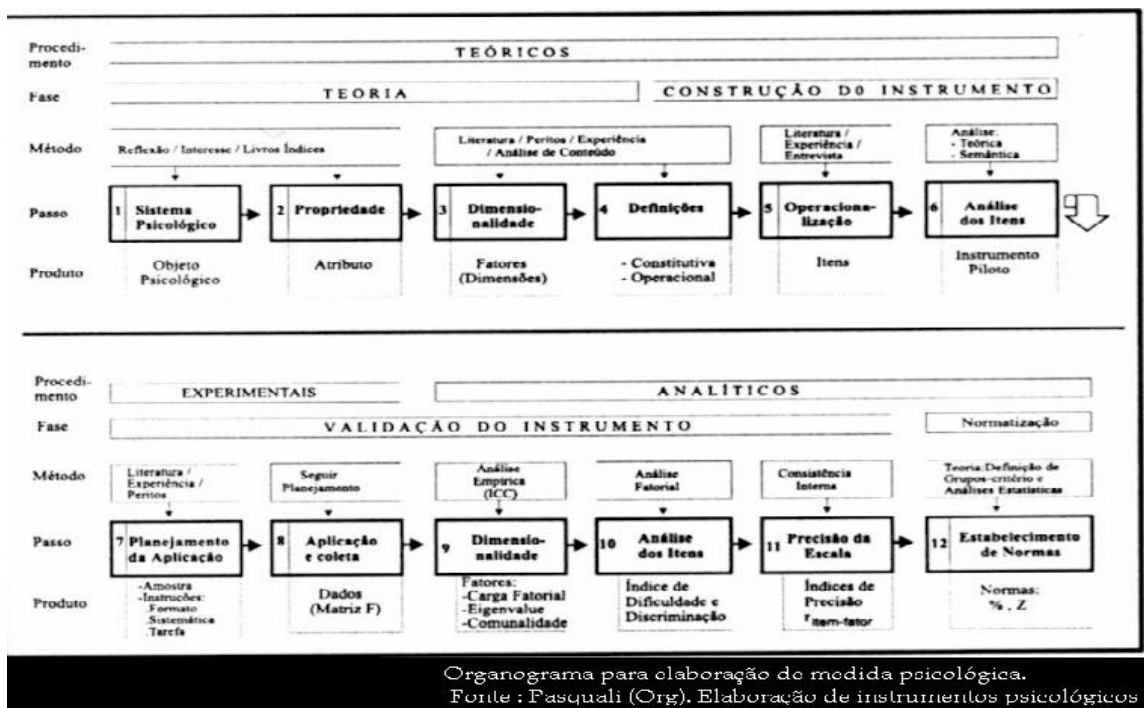
A psicometria é um ramo da psicologia que fundamenta medidas em ciências sociais e é a base epistemológica da elaboração de instrumentos psicológicos de uso comum necessários às pesquisas científicas. Estabelece, portanto, o percurso metodológico para se obter um instrumento revestido de qualidades métricas válidas para o que se espera, ou seja, caracteriza-se por expressar o fenômeno psicológico por meio de números (PASQUALI, 1999; 2003). Para tanto, a psicometria lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração (questionários) ou técnicas de medição (ferramentas de observação) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O ponto de partida para a construção de instrumentos para medir uma variável é a operacionalização de seus indicadores clínicos. Para mensuração, faz-se necessário, portanto, mover a variável do abstrato para o concreto, através da identificação e operacionalização das propriedades ou atributos que caracterizam esse construto. Nesse contexto, operacionalizar atributos significa especificar indicadores empíricos que serão usados para comunicar um significado, assim como os procedimentos que serão usados para medi-lo. O foco da mensuração é quantificar as características do conceito a ser mensurado e a psicometria, fundamentada nas teorias da medida, guia o alcance desse foco (BRAGA; CRUZ, 2006).

Logo, a psicometria é o ramo da estatística composto por um conjunto de técnicas empregadas para mensurar, de forma adequada e comprovada experimentalmente, comportamentos ou conceitos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, para investigar a validade das definições conceituais e dos referentes empíricos desenvolvidos, foi utilizado o referencial metodológico da psicometria (PASQUALI, 1999), já que os resultados de enfermagem da NOC são dispostos em forma de escalas que mensuram atributos físicos, psíquicos, sociais, entre outros.

Sobre esse aspecto, a psicometria notadamente se propõe a fundamentar a construção e a validação de escalas, uma vez que a própria medida escalar constitui uma das várias formas em que a medida psicométrica pode assumir grandes polos: teórico, empírico (experimental) e analítico (estatístico) (PASQUALI, 1997), conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Diagrama para elaboração de medida psicológica



Fonte: PASQUALI, 1998, 1999.

Do polo teórico são enfocadas várias etapas (PASQUALI, 1998, 1999):

- **1ª Etapa (sistema psicológico):** Estabelecimento da teoria sobre o construto com base no referencial bibliográfico, reflexões e interesse do pesquisador.
- **2ª Etapa (propriedade):** Definição das propriedades do construto.
- **3ª Etapa (dimensionalidade):** Explora a estrutura interna e semântica do construto.
- **4ª Etapa (definição):** Estabelecimento das definições conceituais e referentes empíricos com base na literatura específica, na análise de conteúdo realizada por especialistas e na experiência do pesquisador. Inicia-se aqui a construção do instrumento piloto, que deve ser claro e preciso. Aqui devem ser construídos tanto os referentes empíricos quanto as definições conceituais.
- **5º Passo (operacionalização):** Construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. Para se cobrir a totalidade ou a maior parte ou, pelo menos, grande parte da extensão semântica do construto, normalmente exige-se, no instrumento final, um número razoável de itens. O passo da construção dos itens do instrumento se compõe das tarefas que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (atributo). Os critérios para a construção e avaliação dos itens escolhidos para este estudo foram:

a) Critérios para a construção dos itens

1. Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. O item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer: Vá e faça.

2. Critério de objetividade ou de desejabilidade: Os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta do tipo *certo* ou *errado*.

3. Critério da simplicidade: Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.

4. Critério da clareza: O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; daí, utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. Preocupa-se com a compreensão das frases.

5. Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.

6. Critério da precisão: O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

7. Critério da variedade: Dois aspectos especificam este critério: I. variar a linguagem: uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento; II. no caso de escalas de preferências: formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro da resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta.

8. Critério da modalidade: Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como “excelente”, “miserável”, etc.

9. Critério da tipicidade: Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.

10. Critério da credibilidade: O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com esta última caracterização fazem o adulto sentir-se ofendido, irritado ou coisa similar.

b) Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)

11. Critério da amplitude: Este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

12. Critério do equilíbrio: Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, médios e difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes).

- **6º Passo (análise teórica dos itens):** É feita por especialistas e ela comporta dois tipos distintos de especialistas, consoante se a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (propriamente chamada de análise dos juízes). Assim, antes de partir para a validação final do instrumento piloto, este deve submetido a uma análise teórica dos itens através da análise semântica e análise dos juízes.

Na análise de conteúdo, os especialistas devem ter conhecimento específico na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os especialistas pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere (PASQUALI, 1998).

Com o trabalho dos especialistas, ficam completados os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida, os quais comportaram a explicitação da teoria do(s) construto(s) envolvido(s), bem como a elaboração do instrumento piloto, que constitui a representação comportamental desses mesmos construtos e que se põe como a hipótese a ser empiricamente testada (validação do instrumento), tarefa que será iniciada com os procedimentos experimentais, os quais consistem em coletar informação empírica válida e submetê-la às análises estatísticas pertinentes em psicometria.

No polo empírico ou experimental definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Neste polo seleciona-se a população e define-se a amostra dos sujeitos que serão convidados a participar do estudo. É realizada análise da dificuldade, da discriminação e da validade dos itens, a partir dos dados coletados de uma amostra de sujeitos representativa da população para a qual o instrumento está sendo construído, utilizando-se análises estatísticas (PASQUALI, 1998).

Dois passos compõem os procedimentos empíricos que, acrescidos aos procedimentos teóricos de construção do instrumento e validade de conteúdo, constituem o início do processo de validação:

- **7º Passo (planejamento da aplicação):** Determinação de uma amostra representativa da população-alvo, preparação de instruções a serem dadas à amostra, definição do formato do instrumento piloto e condutas de aplicação. Recomenda-se que o instrumento seja pré-testado para assegurar sua compreensibilidade.
- **8º Passo (aplicação e coleta):** Operacionalização da coleta de dados segundo o planejamento do passo anterior. Os dados obtidos darão origem a um banco de dados utilizado durante os procedimentos analíticos.

O polo analítico inclui os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuados sobre os dados para estimar a validade e confiabilidade do instrumento produzido e, se pertinente, para estabelecer sua normatização. Esses três conjuntos de procedimentos indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência do seu conteúdo com o conceito (PASQUALI, 1998). Tais procedimentos são constituídos por quatro passos:

- **9º Passo (dimensionalidade):** Essa análise é para verificar se o instrumento construído é unidimensional ou não. Recomenda-se proceder à análise fatorial para determinar quantos fatores o instrumento de fato está medindo, para então definir a dimensionalidade do instrumento (PASQUALI, 1997).
- **10º Passo (análise dos itens):** Análise empírica dos dados com base na Curva Característica do Item (ICC), conhecida também como Teoria da Resposta do Item (TRI), com base nos dados coletados de uma amostra de sujeitos representativa da população para a qual o teste está sendo construído. Para isso, são utilizados procedimentos estatísticos para analisar a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória.

Dificuldade – refere-se à magnitude do traço latente que o sujeito deve ter para acertar e aceitar um item, ou seja, a dificuldade do item é definida pela proporção de sujeitos que dão respostas corretas ou de acordo / preferência com o item;

Discriminação – capacidade de diferenciar os sujeitos com escores altos dos com escores baixos; assim, através dela, avaliamos o poder de um item em diferenciar sujeitos com magnitudes diferentes de traços dos quais o item constitui a representação comportamental;

Resposta Aleatória – respostas corretas dadas ao acaso.

- **11º Passo (precisão da escala):** Avalia-se aqui a fidedignidade, precisão e confiabilidade do instrumento. Para tanto, podem-se utilizar técnicas estatísticas: estabilidade, constância, equivalência, consistência interna.

A fidedignidade estima a extensão em que um instrumento é consistente com o que se pretende medir. Isso significa que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas, portanto, a correlação entre duas medidas é igual a 1. Entretanto, existe sempre um erro embutido em qualquer medida, afastando a correlação do valor 1 à medida que for maior o erro cometido ao se medir (PASQUALI, 1997).

Segundo Pasquali (1997), existem três tipos de delineamento (procedimentos experimentais de coleta) e dois modelos de análises estatísticas (correlação e técnica alfa) para estimação da fidedignidade de um instrumento. Os delineamentos podem envolver: 1 – uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e uma única ocasião; ou 2 – uma amostra de sujeitos, dois testes e uma única ocasião; ou 3 – uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e duas ocasiões.

Entre os índices de fidedignidade, duas técnicas estatísticas são mais utilizadas: a correlação e a técnica alfa. O coeficiente de correlação define o nível de correspondência entre dois eventos. Este pode ser utilizado para avaliar a estabilidade do instrumento com base na aplicação da técnica de teste-reteste. O coeficiente alfa verifica a consistência interna dos itens, analisando a congruência de cada item com o total de itens restantes. O alfa de Cronbach é o coeficiente mais comumente utilizado para análise da consistência interna.

- **12º Passo (estabelecimento de normas):** Determinação de uniformidade nos procedimentos de uso de um instrumento válido e preciso: condições de testagem, controle do grupo, instruções padronizadas e motivação dos examinandos, interpretação dos resultados obtidos.

Capítulo 1 – Construção das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores dos resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os dois conceitos centrais do presente estudo são “Deglutição” e “Aspiração” voltados para paciente após acidente vascular cerebral. Diante disso, ressalta-se que com a finalidade de revisar os indicadores da NOC e construir as definições conceituais e os referentes empíricos dos indicadores dos REs relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração torna-se fundamental o processo de Análise de Conceito para melhor compreensão tanto dos fenômenos, como de seus referentes empíricos.

Ao se fazer uma busca na literatura sobre esses conceitos, encontrou-se para a “Aspiração” um trabalho sobre Análise de Conceito que foi desenvolvido para a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (CAVALCANTE, 2011). Diante disso, os resultados desse trabalho foram utilizados, após a autorização da sua autora, para permitir a revisão dos seus indicadores e construção das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores do resultado de enfermagem Prevenção da aspiração.

Sendo assim, o conceito que foi investigado no atual estudo foi o de “Deglutição” direcionado ao paciente que foi acometido por um AVC. Para auxiliar esse método de análise, segundo Walker e Avant (2005) foi realizada uma Revisão Integrativa, seguindo os passos recomendados na literatura por Ursi e Galvão (2006) e Mendes, Silveira e Galvão (2008).

2 REVISÃO INTEGRATIVA

2.1 Objetivo específico da Revisão Integrativa

- Apresentar o conhecimento produzido sobre Deglutição dos pacientes após acidente vascular cerebral.

2.2 Materiais e Métodos da Revisão Integrativa

Antes de iniciar os passos da revisão integrativa, construiu-se um protocolo de revisão contendo os seguintes itens: tema da revisão, objetivo, questões norteadoras, estratégias de busca, bases de dados selecionadas, descritores adotados na busca, critérios de inclusão e de exclusão, estratégia para avaliação crítica dos estudos e estratégia para síntese dos dados (APÊNDICE A).

2.2.1 Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa

A busca foi realizada com base no seguinte conceito de interesse: deglutição em pacientes com acidente vascular cerebral. O objetivo da revisão era compreender o processo de deglutição e os indicadores da avaliação da deglutição em pacientes após AVC.

Para auxiliar a construção da pergunta norteadora da revisão integrativa foi utilizada a estratégia PICO (P=Paciente ou Problema, I=Intervenção, C=Comparação ou controle, O=*Outcomes* ou desfechos), a qual facilita a orientação da pesquisa e da busca bibliográfica, e também permite que o pesquisador, ao ter qualquer tipo de dúvida, possa acessar no material de forma rápida e acurada a melhor evidência disponível sobre o assunto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Logo, a pergunta consistiu em (Quadro 6):

Quadro 6 – Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa para a Revisão integrativa. Fortaleza, 2012

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Pacientes após acidente vascular cerebral, com idade acima de 18 anos

I	Intervenção	Conhecimento sobre deglutição e a formas de mensuração
C	Controle ou comparação	A identificação dos artigos que contenham os elementos que compõem a deglutição e a sua forma de avaliação
O	Desfecho	Obtenção da(s) melhor(es) forma(s) de avaliar a deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral

Assim, as perguntas norteadoras desta revisão integrativa foram: Qual a definição de deglutição de pacientes após AVC? Quais elementos compõem a avaliação da deglutição de pacientes após AVC? Como os elementos que compõem a avaliação da deglutição de paciente após AVC podem ser definidos e mensurados? Quais as características ou valores indicativos de normalidade e de alteração da deglutição de pacientes após AVC?

Destaca-se que essas perguntas norteadoras permitiram inicialmente o conhecimento amplo do conceito de deglutição e de seus indicadores; segundo, favoreceram a identificação e construção dos referentes empíricos de cada indicador, para assim se ter a forma como ele seria mensurado; e, por último, contribuíram para a elaboração das magnitudes de cada indicador, organizadas em cinco níveis crescentes de comprometimento, referindo-se ao estado clínico de cada indicador.

A busca foi feita especificamente para pacientes após acidente vascular cerebral, os quais apresentam dificuldades para deglutição. Essa etapa foi fundamental para a construção das definições conceituais e dos referentes empíricos e principalmente na estratificação das magnitudes operacionais, que variam de 1, referente a gravemente comprometido/grave, ao 5, referente a não comprometido/nenhum. Além de que, ao se delinear uma boa questão norteadora, facilita-se identificação com clareza dos descritores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

2.2.2 Amostragem ou busca na literatura

A busca nas bases de dados ocorreu no período de abril a junho de 2012, realizada tanto via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como através do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBi/USP). Para a seleção dos artigos foi utilizado primeiro o acesso *on-line* a seis bases de dados:

- **Base de dados 1 – PubMed:** desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), serviço da U.S. *National Library of Medicine*, contém a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Compreende mais de 21 milhões de citações da literatura biomédica, revistas de ciências da vida e livros *on-line*, desde 1950 até o presente. As citações podem incluir *links* para textos completos do PubMed Central e a editores dos *websites*. É acessada pelas instituições conveniadas de forma gratuita pelo *site*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

- **Base de dados 2 – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl),** acessada gratuitamente pelas instituições conveniadas com a Fundação da CAPES, através do portal: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>. Essa base de dados proporciona uma cobertura de praticamente todas as publicações da enfermagem de língua inglesa e publicações de outras áreas da saúde (medicina complementar/alternativa, biomedicina, biblioteconomia de ciências da saúde e outras 17 disciplinas). O banco de dados também fornece acesso a livros, dissertações de enfermagem, anais de conferências, padrões de prática profissional, *softwares* educacionais e materiais audiovisuais em enfermagem.

- **Base de dados 3 – SciVerse Scopus:** base de dados da Editora Elsevier. É a maior base de dados de citações e resumos revisada por pares. Contém 47 milhões de registros, 70% com resumos, mais de 19.500 títulos de 5.000 editoras em todo o mundo, inclui mais de 4,6 milhões de artigos de conferências e fornece 100% de cobertura MEDLINE. Acessada pelo portal da CAPES.

- **Base de dados 4 – EMBASE:** base de dados também da Editora Elsevier, com mais de 24 milhões de registros indexados, oriundos de mais de 7.600 revistas e jornais da literatura biomédica internacional de 1947 até os dias atuais, com mais de 5 milhões de registros que não são oferecidos pelo MEDLINE. Foi acessada a partir do SIBi/USP.

- **Base de dados 5 – Web of science:** base de dados da Editora Thomson Reuters. Com conteúdo multidisciplinar, abrange mais de 12.000 dos periódicos de maior impacto em todo o mundo, incluindo revistas de acesso aberto e mais de 150.000 resultados de conferências, com dados disponíveis desde 1900. Acessada pelo portal da CAPES.

- **Base de dados 6 – Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS):** compreende o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 26 anos contribui para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na região. Compreende cerca de 600 mil registros em 852 periódicos, entre artigos e outras publicações, como monografias, dissertações, teses, trabalhos apresentados em congresso, entre outros. Acessada gratuitamente através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS): <http://lilacs.bvsalud.org/>.

Além disso, realizou-se a pesquisa também junto às dissertações e teses disponibilizadas no *site* da CAPES e na Biblioteca Digital de Tese e Dissertação (BDTD), haja vista possuírem maior detalhamento quanto às etapas metodológicas percorridas e resultados evidenciados.

E, para completar a construção das definições e principalmente na estratificação das magnitudes operacionais, foram utilizados os livros didáticos da área da saúde voltados para avaliação do processo de deglutição e artigos e/ou dissertações e teses identificadas por busca direcionada a indicadores específicos. Com a utilização dessas diversas fontes de dados buscou-se ampliar o âmbito da pesquisa e dessa forma minimizar possíveis vieses.

Na busca às bases de dados utilizou-se a terminologia preconizada para cada uma: PUBMED/vocabulário Medical Subject Headings (MeSH); CINAHL/TÍTULOS; EMBASE/ENTREE; e LILACS/DeSC. As bases SCOPUS e WEB OF SCIENCE não possuem vocabulário próprio e portanto foi utilizada a terminologia MeSH.

Para levantamento nas bases de dados foram utilizados os descritores apresentados no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 – Descritores, termos equivalentes e definições. Fortaleza, 2012

DESCRITOR	SINÔNIMOS	DEFINIÇÃO
Deglutição/ Deglutition/ Deglución	Swallowing	Ato de capturar sólidos e líquidos no trato gastrointestinal através da boca e garganta.
Transtornos de Deglutição/ Deglutition Disorders/ Transtornos de Deglución	Disfagia/ Dysphagia	Dificuldade na <u>deglutição</u> que pode ser consequência de um distúrbio neuromuscular ou de uma obstrução <u>mecânica</u> . A disfagia é classificada em dois tipos distintos: disfagia orofaríngea, devido ao mau funcionamento da <u>faringe</u> e <u>esfíncter esofágico superior</u> , e disfagia esofágica, devida ao mau funcionamento do <u>esôfago</u> .
Acidente vascular		Grupo de afecções caracterizadas por perda súbita, não convulsiva,

cerebral/ Stroke/ Accidente Cerebrovascular	da função neurológica, devido à <u>isquemia encefálica</u> ou <u>hemorragias intracranianas</u> . O acidente cerebral vascular é classificado pelo tipo de <u>necrose</u> de tecido, como localização anatômica, vasculatura envolvida, etiologia, idade dos indivíduos afetados e <u>natureza</u> hemorrágica <i>versus</i> não hemorrágica.
--	---

Fonte: Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), 2012.

Os critérios de inclusão dos artigos foram:

- ❖ Estudos disponíveis eletronicamente nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- ❖ Estudos que abordam a deglutição de pacientes adultos que sobreviveram ao acidente vascular cerebral;
- ❖ Trabalhos que respondam às questões norteadoras deste estudo.

Como critérios de exclusão adotaram-se:

- ❖ Estudos em formatos de Editoriais;
- ❖ Estudos em formato de Cartas ao editor.
- ❖ Estudos que não abordem temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Ressalta-se que, para estabelecer de forma adequada os critérios de inclusão e exclusão, primeiramente foi lido o título e o resumo do estudo. Quando ambos não proporcionavam segurança ao pesquisador, foi acessado o texto completo e realizada leitura flutuante para empregar adequadamente os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Ademais, destaca-se que os artigos que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados no período da coleta de dados, foram buscados no portal de periódicos da CAPES ou no Google, conforme recomendações de Pompeo, Rossi e Galvão (2009).

Para a busca bibliográfica, cada base foi acessada em um único dia e no mesmo dia era esgotada a procura por publicações. Cada página de busca foi gravada e a seleção das publicações de cada base foi realizada nos dias subsequentes. As estratégias de busca foram assessoradas por bibliotecária da USP, logo, todas as estratégias de pesquisa em cada base realizada pela pesquisadora foram revistas.

Polit e Beck (2011) recomendam que a busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão sejam realizadas por dois revisores de forma independente, o que não foi possível no presente estudo. Logo, diante disso, foi incluído o maior número possível de trabalhos nas

fases iniciais de busca, para posteriormente proceder à exclusão dos estudos mediante três fases de leitura de cada material, conforme realizado por Vitor (2010).

As estratégias de busca em cada base de dados serão apresentadas a seguir:

Figura 3 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados PUBMED

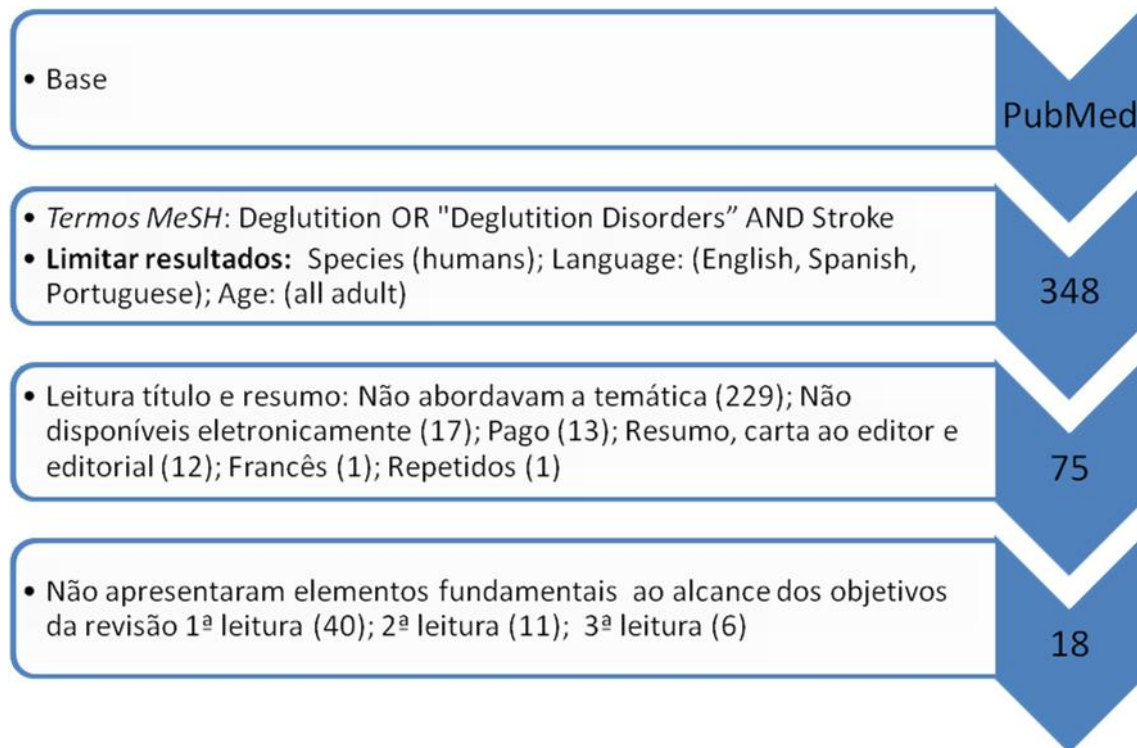


Figura 4 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados CINAHL

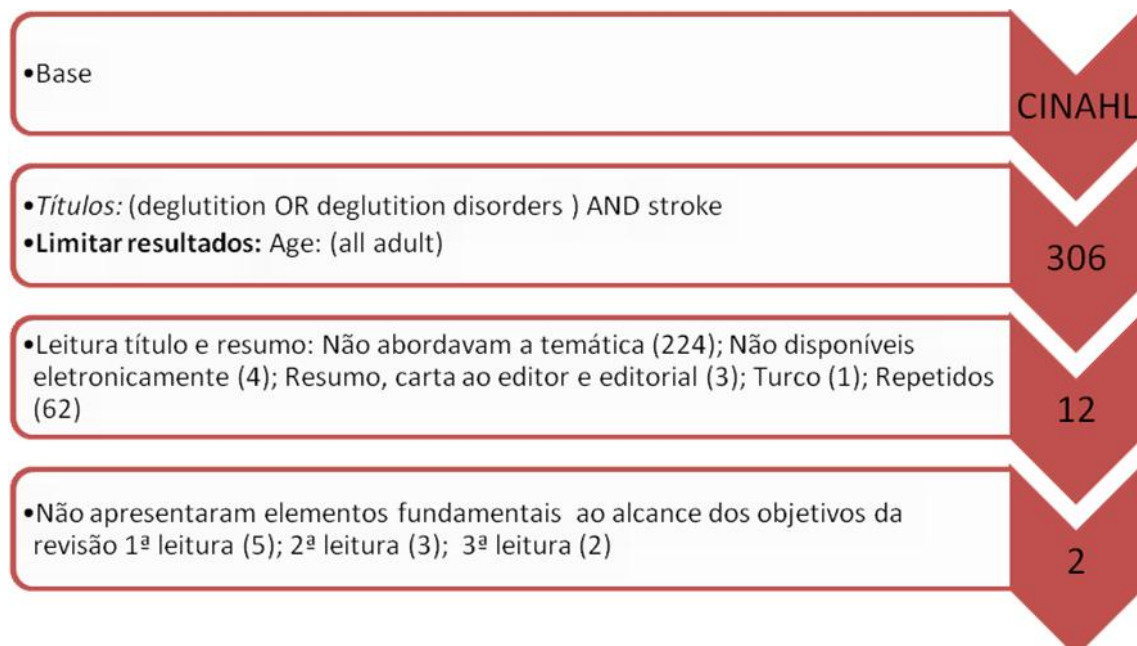


Figura 5 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados SCOPUS

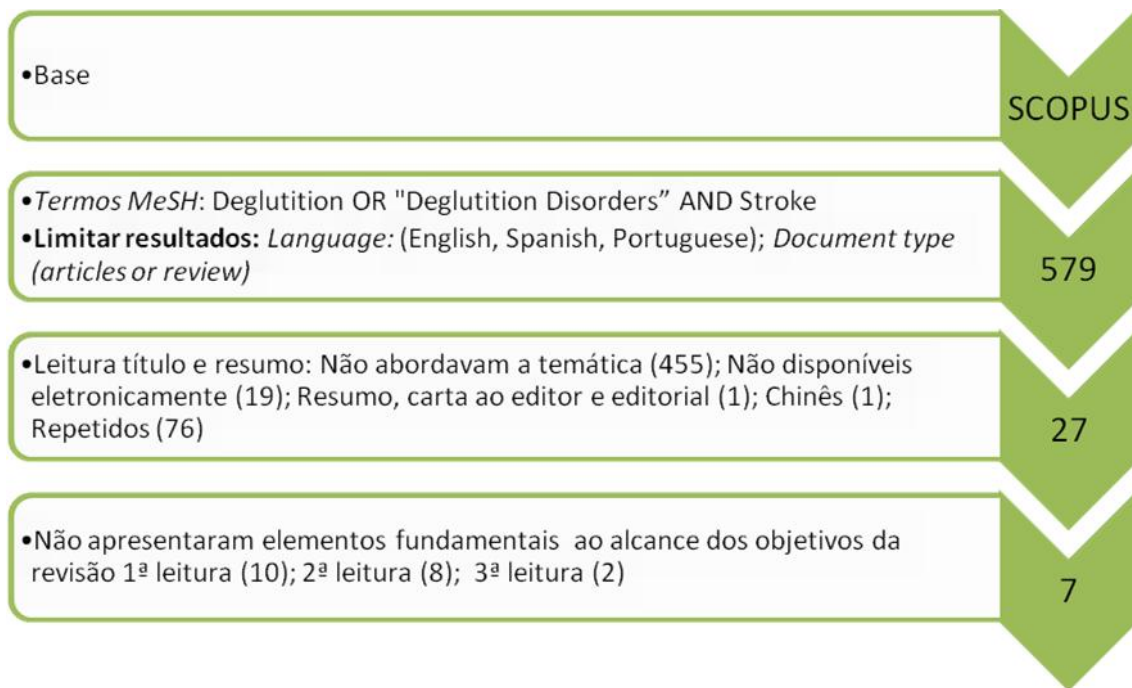


Figura 6 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados EMBASE

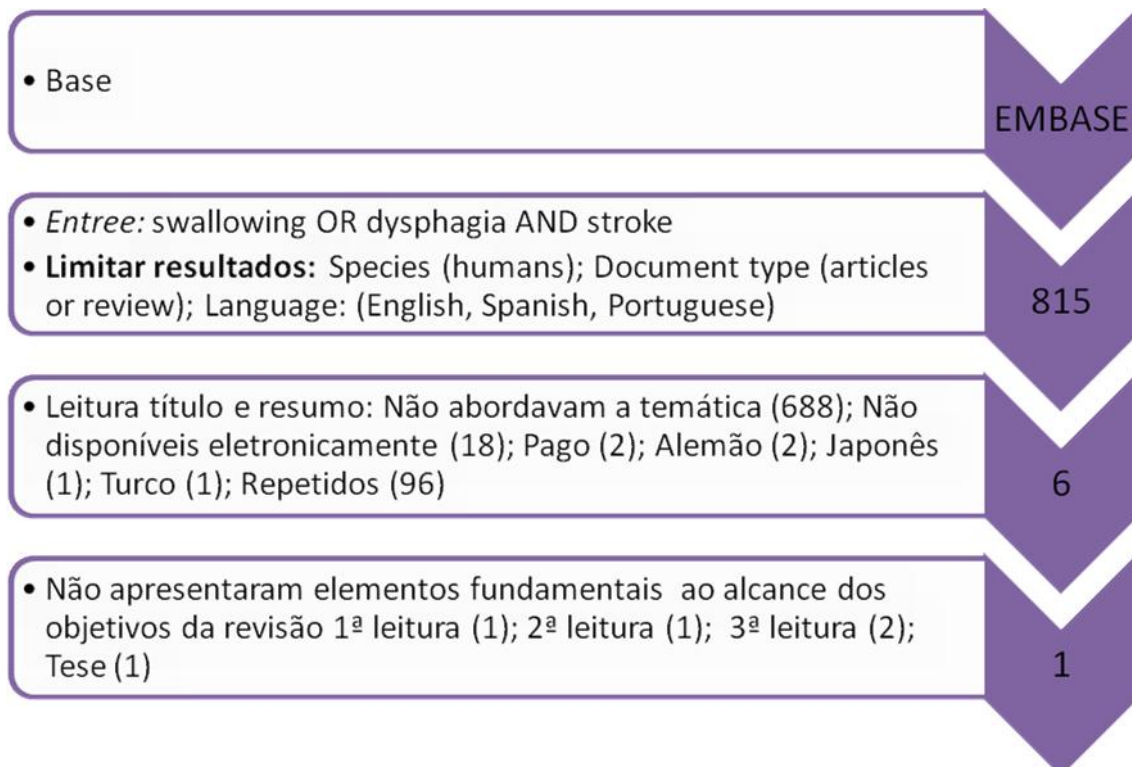


Figura 7 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados WEB OF SCIENCE

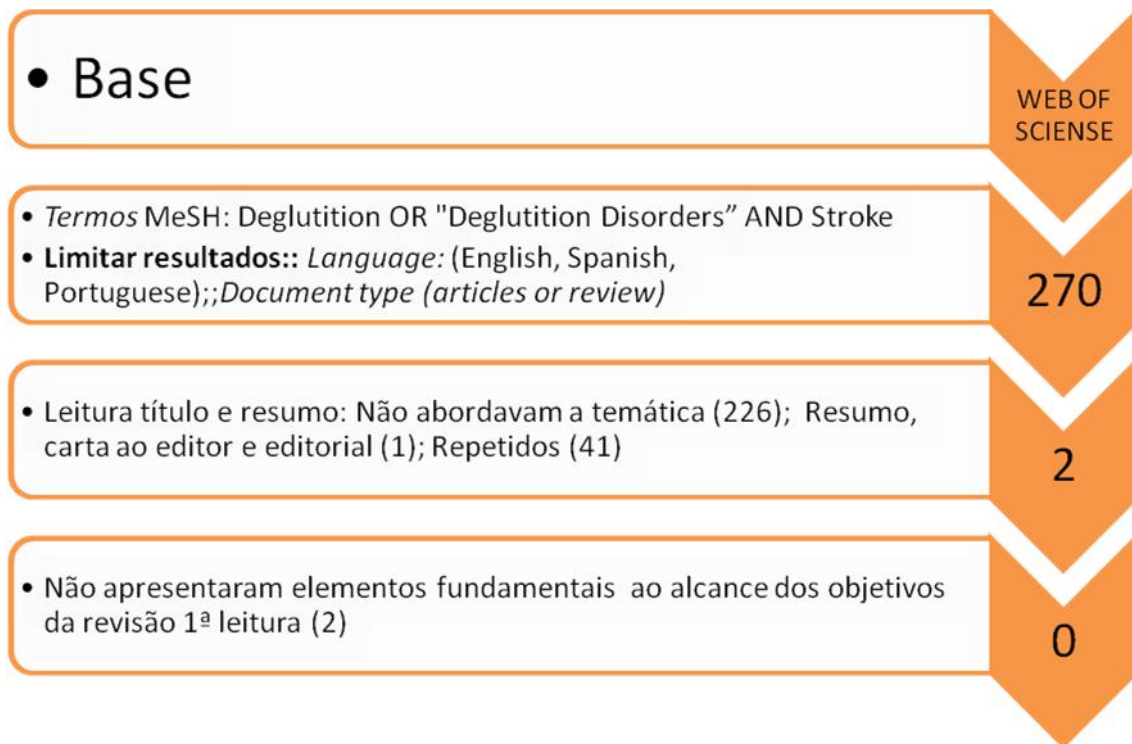
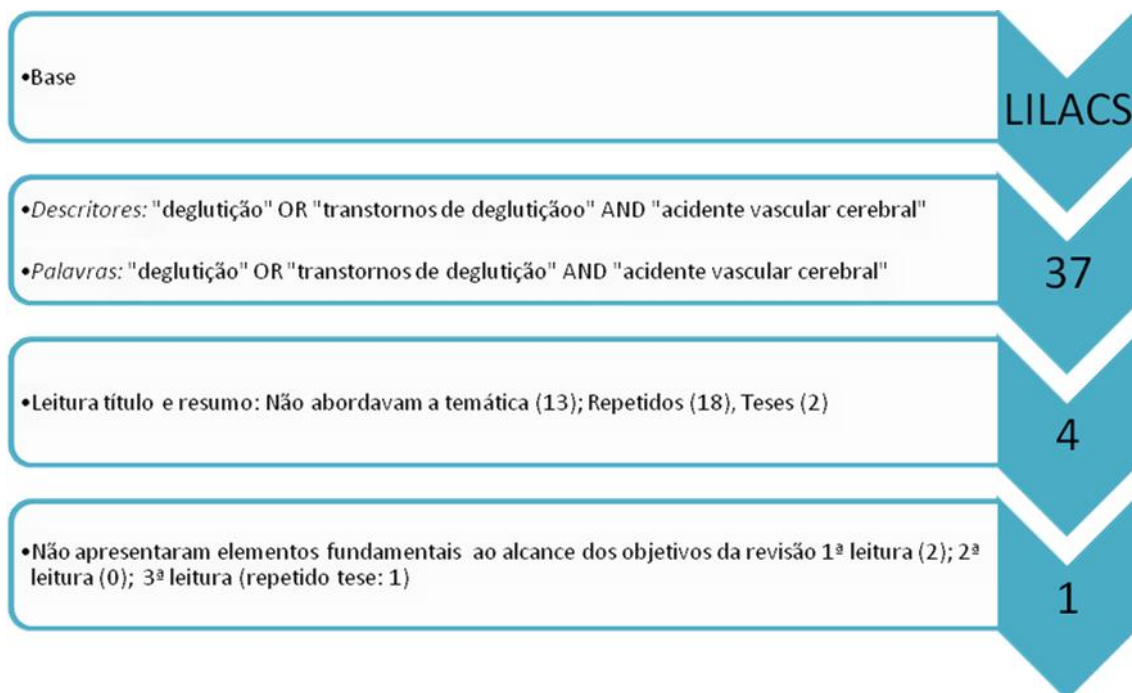


Figura 8 – Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados LILACS



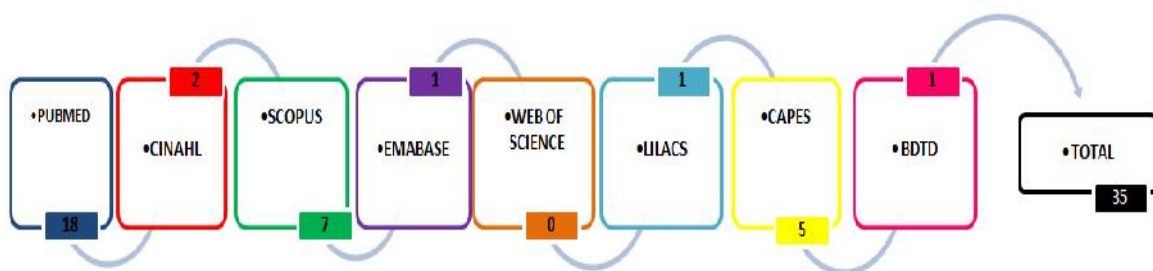
As buscas das dissertações e teses foram feitas utilizando os termos: “deglutição” e “acidente vascular cerebral”.

Quadro 8 – Percurso metodológico para seleção das dissertações e teses da CAPES e BDTD. Fortaleza, 2012

	CAPEs	BDTD
CRUZAMENTO	<i>Termos:</i> <i>Deglutição e Acidente Vascular Cerebral</i>	<i>Termos:</i> <i>Deglutição e Acidente Vascular Cerebral</i>
PRODUÇÕES ENCONTRADAS (leitura de títulos e resumos)	28	11
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não disponíveis eletronicamente (11); Repetidos (4)	Repetidos (8)
PRODUÇÕES SELECIONADAS (primeira leitura do trabalho na íntegra)	13	3
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não apresentaram elementos fundamentais ao alcance dos objetivos da revisão: 1ª leitura (5); 2ª leitura (3)	Não apresentaram elementos fundamentais ao alcance dos objetivos da revisão: 1ª leitura (2); 2ª leitura (0)
TOTAL DE PRODUÇÕES SELECIONADAS	5	1

Após todo o processo de busca bibliográfica, selecionaram-se 35 publicações, sendo 29 artigos e cinco dissertações e uma tese que compuseram a amostra final para a revisão integrativa. Logo, o resultado do processo de busca e avaliação nas bases de dados analisadas resultou em:

Figura 9 – Resultado das produções analisadas em todas as bases de dados



2.2.3 Categorização dos estudos

Após a seleção dos manuscritos, foi realizada a leitura ampla e profunda para dar continuidade às etapas da revisão integrativa e estabelecer quais informações seriam extraídas de cada publicação. Realizou-se uma seleção de trechos que eram pertinentes para avaliação e construção das definições conceituais e referentes empíricos de cada indicador do resultado

Estado da deglutição e das definições das magnitudes. Esses trechos foram grifados, fichados e depois expostos em quadros apresentados na etapa de interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Assim, após esse processo surgiram duas grandes categorias temáticas:

1. O conceito de deglutição (a partir da questão norteadora: Qual a definição de deglutição de pacientes após AVC?)
2. Os indicadores clínicos da deglutição (referente às questões norteadoras: Quais elementos compõem a avaliação da deglutição de pacientes após AVC? Como os elementos que compõem a avaliação da deglutição de paciente após AVC podem ser definidos e mensurados? Quais as características ou valores indicativos de normalidade e de alteração da deglutição de pacientes após AVC?).

Essas categorias permitiram a construção da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005), que será exposta posteriormente.

A seleção dos indicadores da deglutição de pacientes após AVC foi realizada de forma criteriosa e com vistas a sumarizar os presentes nos REs selecionados para este estudo. Logo, um dos pontos para incluí-los na amostra final seria que eles fossem passíveis de avaliação à beira do leito, no entanto, na busca realizada não foram excluídas as produções que abordassem os métodos instrumentais de avaliação da deglutição, mas esse rigor para a seleção dos indicadores foi determinada pela pesquisadora.

Alguns indicadores tiveram sua nomenclatura alterada, outros foram agrupados ou excluídos. Acredita-se que, com a construção de um instrumento mais objetivo e focado no conceito, poder-se-á ter uma avaliação completa do processo de deglutição, e, conseqüentemente, será mais fácil o acompanhamento dos REs em análise pelo enfermeiro no cenário clínico.

2.2.4 Avaliação dos estudos

Os estudos selecionados foram classificados de acordo com o seu desenho metodológico, conforme as recomendações de Polit e Beck (2011). As informações fundamentais foram extraídas com base no instrumento desenvolvido para este estudo, o qual foi submetido à avaliação de três juízes peritos tanto em Análise de Conceito, como na temática de taxonomias de enfermagem (APÊNDICE B).

A cada juiz foi solicitado sua participação nessa etapa da pesquisa, com objetivo de julgar o título do instrumento, aparência, conceitos utilizados, a 1ª etapa de caracterização do estudo selecionado pela Revisão Integrativa e a 2ª etapa, que apresentava os elementos da Análise de Conceito. Tais itens foram julgados quanto à compreensão, formato/apresentação e pertinência.

Os três juízes consideraram o instrumento construído adequado e sugeriram apenas modificações na redação de algumas frases e na colocação de um espaço destinado a sugestões, pois poderia ser encontrado algum aspecto nos textos selecionados que não era delimitado pelo instrumento, mas necessário à construção dos conceitos. Um dos juízes solicitou que a procura dos artigos fosse delimitada a apenas uma fase do AVC (aguda ou reabilitação), entretanto tal ponto não foi modificado pela necessidade de construir um instrumento que pudesse ser utilizado pelo enfermeiro diante de um paciente após AVC, sem especificação de fase.

Dessa forma, realizou-se a seleção de todos os dados necessários à Análise de Conceito, como definição do conceito, antecedentes, consequentes e os referenciais empíricos, os quais permitiram a elaboração dos indicadores, suas definições e as magnitudes clínicas.

2.2.5 Resultados da Revisão Integrativa

Como citado anteriormente, as evidências sobre deglutição de pacientes com AVC foram obtidas mediante a análise de 29 artigos, cinco dissertações e uma tese. Na Tabela 1, encontram-se descritos os artigos segundo o país, o ano de publicação, a área, o cenário e o foco do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário e temática. Fortaleza, 2012

Variáveis	Frequência	%
País do estudo		
Estados Unidos	8	27,5
Brasil	5	17,2
Canadá	3	10,3
Japão	3	10,3
Reino Unido	3	10,3
Coreia	2	6,9
Austrália	1	3,5
Áustria	1	3,5

Itália	1	3,5
Suécia	1	3,5
Taiwan	1	3,5
Total	29	100
Ano de publicação		
2011	1	3,5
2010	5	17,2
2009	5	17,2
2008	4	13,7
2007	1	3,5
2005	6	20,7
2003	2	6,9
2001	2	6,9
2000	1	3,5
1999	2	6,9
Total	29	100
Área		
Medicina	20	68,9
Fonoaudiologia	7	24,1
Enfermagem	1	3,5
Odontologia	1	3,5
Total	29	100
Cenário do estudo		
Hospital	18	62,1
Unidade de reabilitação	5	17,2
Não referido	5	17,2
Ambulatório	1	3,5
Total	29	100
Temática do estudo		
Estudo dos elementos da deglutição	11	37,9
Métodos de avaliação da deglutição	9	31,0
Estudos de validação	5	17,2
Localização do AVC	2	6,9
Incidência dos problemas de deglutição	2	6,9
Total	29	100

De acordo com os dados da Tabela 1, a maioria dos estudos foi desenvolvida nos Estados Unidos da América (27,5%) e no Brasil (17,2%). Ressalta-se a produção de estudos realizados no Brasil, indicando a preocupação com este tema, considerando a importância epidemiológica da doença vascular cerebral e de suas complicações.

Em relação ao ano de publicação, observa-se um crescimento progressivo na produção científica nesse âmbito, tendo as publicações posteriores ao ano de 2006 a maior

ocorrência (55,1%). Grande parte dos estudos foi realizada pela Medicina (68,9%), seguida pela Fonoaudiologia (24,1%).

Com relação ao cenário do estudo, nos artigos, a maioria foi realizada em hospitais (62,1%), destacando-se que este tema vem sendo mais abordado no contexto hospitalar, na fase aguda da doença (58,6%), em detrimento de estudos na fase de reabilitação (34,5%). Ressalta-se que os problemas da deglutição atingem os indivíduos com AVC quase que igualmente nas duas fases. Assim, esforços devem ser encorajados para que os enfermeiros realizem pesquisas nesta área abordando também o contexto domiciliar e de reabilitação.

Quanto à temática, a compreensão do ato de deglutir foi abordada por grande parte dos estudos analisados (37,9%), seguida da descrição dos métodos de avaliação (31%).

Entre as dissertações, três eram provenientes da Medicina, com o objetivo de avaliar a sensibilidade da orofaringe ao efeito do sabor e da temperatura do alimento (GATTO, 2010; ALVES, 2009; ZART, 2008); uma da Fonoaudiologia, com o intuito de verificar a prevalência de sinais sugestivos de disfagia mediante a aplicação de um protocolo clínico (PUERARI, 2011); e uma da Enfermagem, com a finalidade de propor ações de enfermagem para uma deglutição segura em pacientes disfágicos após AVC (PAIXÃO, 2009). A única tese que foi selecionada para o estudo tratava-se de uma publicação da área da enfermagem que abordava a validação do diagnóstico Risco de aspiração em pacientes com AVC (CAVALCANTE, 2011). No estudo percorreram-se as mesmas etapas do presente trabalho, apesar de este se referir a resultados de enfermagem.

Na Tabela 2 será apresentada a distribuição de todos os estudos selecionados, segundo o seu desenho metodológico.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos, segundo o desenho metodológico. Fortaleza, 2012

Desenho Metodológico	Frequência	%
Descritivo	24	68,5
Quase experimental	5	14,3
Metodológico	2	5,7
Revisão integrativa	2	5,7
Estudo de caso	1	2,9
Revisão sistemática	1	2,9
Total	35	100

Entre os estudos avaliados, destacaram-se os estudos descritivos (68,5%). Ressalta-se que a alta prevalência de coorte entre os descritivos ajuda o pesquisador no

estabelecimento das relações causais entre os fatores de risco apontados pelos estudos e a dificuldade da deglutição. Os outros estudos descritivos caso-controle (6 publicações) e os observacionais (1 manuscrito).

2.2.6 Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão

Na lista da NOC para os REs relacionados ao Estado da deglutição havia 47 indicadores diferentes. No quadro 9 a seguir, apresentaram-se os quatro indicadores que foram mantidos da NOC, por ter sido encontrado correspondência na literatura; o indicador que foi reformulado; os oitos indicadores que resultaram de agrupamentos propostos pela literatura; os 20 indicadores que foram excluídos por não terem sido evidenciados na literatura e um indicador que foi adicionado, a partir da Revisão Integrativa.

Quadro 9 – Correspondência dos indicadores da NOC referentes aos resultados de enfermagem Estado da Deglutição, Estado da Deglutição: fase oral, Estado da Deglutição: fase faríngea e Estado da Deglutição: fase esofágica, com o encontrado na literatura para pacientes após acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2012

Indicadores mantidos da NOC (encontrado correspondência com a literatura)	1. Produção de saliva ^{ED} 2. Capacidade de Mastigar ^{ED, O} 3. Mudanças na qualidade da voz ^{ED, F} 4. Elevação da laringe ^F
Indicador reformulado	1. Manutenção de uma posição neutra da cabeça e do pescoço ^{ED, F, E} → → Controle postural
Indicadores agrupados	1. Manutenção dos alimentos na boca ^{ED, O} + Controle das secreções orais ^{ED, O} + Fechamento dos lábios ^O = Manutenção do conteúdo oral na boca 2. Formação do bolo no momento certo ^{ED} + Formação oportuna de bolo ^O + Formação de bolo ^O = Formação do bolo alimentar 3. Capacidade de desobstruir a cavidade oral ^{ED, O} + Reflexo da deglutição no momento oportuno ^{ED} + Reflexo da deglutição no momento certo ^F = Capacidade de desobstruir a cavidade oral 4. Sufocação ^{ED, F} + Sufocação antes de deglutir ^O + Sufocação ao deglutir ^E + Desconforto com a deglutição ^{ED, E} = Desconforto com a deglutição 5. Número de deglutições adequadas ao tamanho/textura do bolo ^{ED} + Quantidade adequada de deglutição com relação ao tamanho/textura do bolo ^{O, F} = Número de deglutições 6. Regurgitação ^{ED, F} + Refluxo nasal ^{O, F} = Refluxo nasal 7. Tosse ^{ED, F} + Tosse ao deglutir ^E = Tosse 8. Reflexo de regurgitação ^O + Aspiraões ^F = Aspiração
Indicadores excluídos (não encontrados na literatura ou pelo julgamento das	1. Distribuição do bolo alimentar até a hipofaringe combinada com o reflexo da deglutição ^{ED, O} 2. Duração da refeição relacionada com a quantidade consumida ^{ED, O} 3. Aceitação dos alimentos ^{ED, O, F, E}

pesquisadoras)	4. Esforço aumentado para deglutir ^{ED,F} 5. Refluxo gástrico ^{ED,E} 6. Eficiência em engolir em pequenos goles ^O 7. Taxa de consumo dos alimentos ^O 8. Aceitação do volume ^E 9. Dor epigástrica ^E 10. Tosse durante a noite ^E 11. Vômito durante a noite ^E 12. Sufocação à noite ^E 13. Deglutição repetitiva ^E 14. Hematêmese ^E 15. Odor ácido no hálito ^E 16. Bruxismo ^E 17. Achados de estudo da deglutição ^{ED} 18. Achados de estudo da deglutição: fase oral ^O 19. Achados de estudo da deglutição: fase faríngea ^F 20. Achados de estudo da deglutição: fase esofágica ^E
Indicador adicionado, segundo análise da literatura	1. Captura do alimento

ED – Estado da deglutição; O – Estado da deglutição: fase oral; F – Estado da deglutição: fase faríngea; E – Estado da deglutição: fase esofágica

Quando se comparou com a literatura, encontrou-se correspondência para 13 indicadores e além disso, um indicador foi apontado na literatura como importante para ser avaliado durante o processo de deglutição que foi a “Captura do alimento”. Logo, a síntese do conhecimento aqui permitiu a revisão dos REs em estudo, de forma a favorecer a construção de um único RE que permitisse a avaliação de todo o Estado da deglutição de pacientes após AVC, por meio de 14 indicadores, os quais envolviam os indicadores de REs: Estado da deglutição, Estado da deglutição: fase oral e Estado da deglutição: fase faríngea.

Ressalta-se que a seleção dos indicadores partiu do pressuposto de que eles pudessem ser avaliados à beira do leito pelo enfermeiro. Para a exposição dos referentes empíricos, elaboraram-se definições conceituais para cada indicador, bem como definições para as suas magnitudes clínicas, as quais serão listadas no capítulo posterior de Análise de Conceito. Além disso, todos os agrupamentos e as exclusões realizados foram subsidiados com os resultados da Revisão Integrativa e depois da análise crítica das pesquisadoras envolvidas com o estudo. O resultado final foi a elaboração de um novo RE do Estado da deglutição, amplo o suficiente, de forma a permitir avaliação semiológica do processo de deglutição dos pacientes com AVC e que atendesse aos pressupostos da tese.

Além dos que foram agrupados, alguns dos indicadores foram excluídos, após julgamento das pesquisadoras, por serem redundantes, ou seja, pela junção dos outros

indicadores eles poderiam ser examinados, como: Achados de estudo da deglutição, Achados de estudo da deglutição: fase oral, Achados de estudo da deglutição: fase faríngea e Achados de estudo da deglutição: fase esofágica.

Os indicadores relacionados a Aceitação do alimento ou do volume não foram encontrados na literatura pesquisada, no entanto, evidenciou-se que o indicador Captura do alimento era mais destacado nas publicações, logo este foi incluído na nova lista dos indicadores. Os demais indicadores que foram excluídos não foram referenciados na literatura para avaliação dos pacientes com AVC.

Ao se analisar os indicadores selecionados, percebeu-se que eles se referiram, em sua grande maioria, às fases oral e faríngea, as quais normalmente são mais afetadas após as doenças neurológicas, como no caso do AVC. Logo, os trabalhos selecionados permitiram tanto a seleção e refinamento dos indicadores, como proporcionaram estabelecer algumas definições para as magnitudes clínicas.

Entretanto, destaca-se a dificuldade para selecionar indicadores que pudessem ser avaliados pelo enfermeiro no contexto agudo e de reabilitação, bem como para a construção das definições para as magnitudes clínicas. Isso ocorreu, pois a maior parte dos estudos escolhidos apresentou definições apenas para duas situações: quando o evento estava presente ou ausente; e para quando o indicador estava presente, alterado ou ausente. Tal contexto dificultou a definição das outras magnitudes que recebem as notas 2 e 4, para elas utilizou-se da dedução da pesquisadora e de sua orientadora para elaborar os referentes clínicos.

Ao se questionar sobre a forma de analisar a deglutição, a literatura aponta a avaliação estrutural e funcional ou uso de métodos instrumentais ou através de escalas. Apesar de não ser objetivo do estudo, resolveu-se apresentar no Quadro 10 os métodos de avaliação da deglutição apontados na literatura.

Quadro 10 – Métodos de avaliação da deglutição apontados na literatura. Fortaleza, 2012

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	EXEMPLOS
AVALIAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL	Avaliação Clínica da Deglutição
	Teste com saliva
	Teste com água
	Teste com alimentos de volumes e consistências variadas
MÉTODOS	Sinais clínicos de Daniels
	Videofluoroscopia
	Exame endoscópico por fibra óptica/ Endoscopia nasal
	Cintilografia/ Ressonância magnética
	Ultrassom

INSTRUMENTAIS	Manometria
	Ausculda laríngea
	Cinerradiografia/Eletromiografia
ESCALAS	Mann Assessment of Swallowing Ability
	Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet
	Modiefied Mann Assessment of Swallowing Ability
	Escala de Penetração/Aspiração (P-A scale)
	Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke
	Guging Swallowing Screen
	Standardised Bedside Swallowing Assessment
	Bedside Swallowing Assessment
	Burke Dysphagia Screening
	Timed Test of Swallowing
	Water Swallowing Test
	Acute-Stroke Dysphagia Screen

A avaliação do enfermeiro deve abranger o exame dos nervos cranianos e uma triagem da deglutição utilizando líquidos e sólidos com texturas variadas, para, dessa forma, examinar todos os elementos envolvidos na dinâmica da deglutição e das fases oral e faríngea.

O exame à beira do leito deverá incluir a estrutura dos movimentos, a fisiologia, as estratégias compensatórias e/ou as modificações posturais apresentadas pelo indivíduo. Logo, é necessário manter durante a avaliação o mesmo rigor metodológico, para que todos os examinadores procedam à avaliação de forma similar (BAYLOW et al., 2009).

Segundo Silva, Dantas e Fabio (2010), avaliação estrutural, sem alimento, compreende a mobilidade dos lábios, língua, palato mole e laringe; sensibilidade facial, intraoral e faríngea; reflexos orais; reflexos posturais. Já a avaliação funcional, com alimento em consistência e volume diversificados, envolve a fase oral (captação do bolo, vedação labial, preparo do bolo) e fase faríngea (elevação laríngea e refluxo nasal).

Ao detalhar a avaliação estrutural e, principalmente, a funcional, é importante utilizar alimentos de consistências variadas, pois o teste apenas com líquidos identifica o paciente com maior risco de aspiração e não necessariamente faz uma avaliação da sua deglutição. Alimentos de diferentes consistências são adequados para a avaliação do processo de adaptação da deglutição e a introdução de alimento por via oral poderá ser guiada de forma mais segura. O teste com água avalia os mecanismos de proteção das vias aéreas e o risco de aspiração, já o teste com semissólidos constitui um melhor guia para a reintrodução da alimentação (MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008).

Os testes que utilizam água sugerem volumes variáveis, ou seja, parte-se de um volume de 3 ml até um máximo de 150 ml, mas muitos estudos diferem quanto à forma de

administração e de interpretação, sendo importante que, antes de o paciente iniciar o teste com líquido, ele o faça com a sua própria saliva (MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; TRAPL et al., 2007; MARTINO et al., 2005).

Muitos estudos também utilizaram os seis sinais clínicos de Daniels (1998), para determinar a presença de alteração no processo de deglutição. Os sinais preditivos de presença de aspiração em pacientes após AVC são: disfonia, disartria, reflexo de vômito anormal, tosse voluntária anormal, tosse depois da deglutição e mudanças da voz depois da deglutição. A aspiração muitas vezes é considerada como um nível severo de disfagia. Martino et al. (2005) relataram em seus estudos que todos os pacientes que aspiram têm disfagia, mas nem todos os pacientes disfágicos aspiram.

Outro tipo de mensuração é através do método instrumental, como a videofluoroscopia (VFF), considerada o padrão-ouro de avaliação. Nesse exame, o paciente é colocado sentado e um material radiopaco de diferentes texturas (líquidos e sólidos) lhe é oferecido. Na imagem da VFF é apresentada a fisiologia da deglutição dos lábios até o esôfago, assim são capturados os menores movimentos ou a aspiração. Essa é a técnica mais acurada para avaliar a deglutição (MARTINO et al., 2005). Mas este método apresenta limitações como exposição à radiação, dificuldade em avaliar os pacientes que apresentam problemas na mobilidade e dificuldade da análise quantitativa da deglutição (HIROTA et al., 2010; FALSETTI et al., 2009).

Doria et al. (2003) discutem que a VFF fornece registros importantes sobre a deglutição, principalmente sobre a fase preparatória oral, oral, faríngea, e a fase esofágica, logo, é possível verificar alterações de peristaltismo e refluxo alimentar, entre outras coisas. No entanto, ela não é capaz de avaliar a sensibilidade que é fator de risco para as pneumonias aspirativas.

Os mesmos autores supracitados, em seu estudo comparativo entre a VFF e o exame por fibra óptica, apresentaram que esses dois exames se complementam, mas que o último é menos invasivo e fornece dados sobre a sensibilidade e motricidade laringofaríngea e do palato mole, além de ser mais simples de realizar, por ser feito no leito ou no consultório, não usar contraste e não expor o paciente à radiação. Assim, ele permite um diagnóstico mais precoce dos distúrbios da deglutição, o que é essencial para o prognóstico dos pacientes. No entanto, o exame não fornece informações sobre avaliação funcional da fase preparatória oral e fase oral da deglutição, nem sobre a transição da fase oral para a faríngea (DORIA et al., 2003).

Outro recurso para a avaliação é a cintilografia, na qual se observa o processo de deglutição com alimentos de volumes e consistência definidos. Nesse exame podem ser avaliados o bolo na boca, o trânsito e o resíduo; na faringe, o trânsito, depuração e o resíduo. Trânsito (intervalo de tempo para a passagem da parte posterior do bolo). Depuração (intervalo entre a chegada e a saída do bolo na estrutura). Resíduo (quantidade de material que permanece na estrutura após uma deglutição) (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010).

Já a ultrassonografia concentra-se principalmente no movimento da língua e hoje está sendo utilizada para avaliar a elevação laríngea. No estudo de Huang et al. (2009), avaliou-se por meio do ultrassom a distância entre a cartilagem tireoide e o osso hioide durante a deglutição de 3-5 ml de água. A aproximação hioide-laríngea e elevação da laringe são componentes essenciais do processo de deglutição e estão relacionadas com a proteção das vias aéreas.

Para completar os métodos, muitos estudos analisados apresentaram diversas escalas de avaliação da deglutição, como: *Mann Assessment of Swallowing* e *Modified Mann Assessment of Swallowing Ability* (avalia a dinâmica estrutural e funcional da deglutição e os fatores de risco para disfagia); *Aspiration-Penetration Scale* (usada na videofluoroscopia); *Burke Dysphagia Screening Test* (capacidade para deglutir as refeições, especialmente alimentos líquidos); *Gugging Swallowing Screen* e *Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet* (testes diversos da deglutição com várias consistências); *Standardised Swallowing Assessment*, *Bedside Swallowing Assessment*, *Timed Test of Swallowing*, *Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke*, *Acute-Stroke Dysphagia Screen* e *Water Swallowing Test* (testes diversos da deglutição com água) (CAVALCANTE, 2011; ANTONIOS et al., 2010; EDMIASTON et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; TRAPL et al., 2007; BROADLEY et al., 2005; PERRY, 2001). No entanto, nenhuma dessas escalas encontra-se validada para o cenário brasileiro.

3 ANÁLISE DE CONCEITO DO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

3.1 Seleção de um conceito

No presente estudo, o conceito selecionado foi Deglutição de pacientes após AVC, por se compreender que ele é um fenômeno mais abrangente e que envolve todos os resultados de enfermagem estudados.

3.2 Determinação dos objetivos ou propósitos da análise

A análise conceitual foi executada com os objetivos de:

- Apresentar as definições/usos do conceito;
- Determinar os atributos, antecedentes e consequentes da Deglutição após AVC;
- Construir um caso-modelo e um caso-contrário para o conceito Deglutição após AVC;
- Estabelecer as definições conceituais e os referentes empíricos para os indicadores da deglutição.

3.3 Identificação dos usos do conceito

Para esta etapa realizou-se a busca do conceito em variados dicionários e na Biblioteca Virtual da Saúde. Abaixo estão apresentados os conceitos com as suas definições:

- **Deglutição (língua portuguesa):** ação de deglutir (MICHAELIS, 2010).
- **Deglutição (enfermagem):** ato de engolir, quando o bolo alimentar passa para a faringe e desta para o esôfago, que se abre no estômago (GUIMARÃES, 2002).
- **Deglutição (DeCS/MeSH):** Ato de capturar sólidos e líquidos no trato gastrointestinal através da boca e garganta.

Na presente Revisão Integrativa também foram encontradas algumas definições para o conceito Deglutição que serão apresentadas no Quadro 11 a seguir:

Quadro 11 – Conceitos de Deglutição de pacientes após AVC encontrados na literatura. Fortaleza, 2012

DEFINIÇÃO	BASE DE DADOS	FONTE DOS DADOS
A deglutição normal consiste em fases (oral, faríngea e esofágica) normalmente sincrônicas, coordenadas, simétricas, únicas e específicas para cada indivíduo. O alimento é introduzido na boca, quebrado pelos dentes, e, em seguida, é formado em separado o bolo alimentar pela ponta da língua. A língua então pressiona o <i>bolus</i> contra o palato duro e empurra-o para trás, em um movimento de rolamento, provocando a deglutição. Ao deixar o dorso da língua, o bolo fica momentaneamente em valéculas (entre a língua e a epiglote), em seguida, dependendo do tamanho e consistência, passa sobre ou em torno da epiglote, viajando através das fossas piriformes (ou canais laterais) passando da laringe para o esôfago.	CINAHL	SMITHARD, 1999.
A deglutição é um processo inter-relacionado, didaticamente dividido em quatro fases distintas: FASE PREPARATÓRIA ORAL – envolve o momento da apreensão do alimento, a mastigação e a manipulação do bolo alimentar e a sua centralização em dorso de língua; FASE ORAL – compreende a movimentação ântero-posterior da língua, levando o bolo alimentar em direção à faringe; FASE FARÍNGEA – inicia-se a partir do reflexo de deglutição, o qual pode ser iniciado em vários pontos, como palato mole, úvula, dorso de língua, superfície faríngea da epiglote, pilares, seios piriformes, parede posterior de faringe e transição faringo-esofágica. Quando ativados, vários eventos são disparados que propulsionam o bolo alimentar em direção ao esôfago e protegem as vias aéreas inferiores. Ocorre o fechamento do esfíncter velo-faríngeo, a fim de evitar o refluxo nasal. A laringe é elevada e anteriorizada, as pregas vestibulares e vocais se fecham como esfíncter, a epiglote abaixa e a faringe inicia os movimentos de contração, propulsionando o bolo alimentar em direção ao esôfago; FASE ESOFÁGICA – iniciada pelo relaxamento da transição faringo-esofágica, permitindo a passagem do alimento até o estômago.	EMBASE	DORIA et al., 2003.
	PUBMED	FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003.
A deglutição compreende um processo dividido em três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral está predominantemente sob controle voluntário, e pode ser dividida em duas fases: oral preparatória e transporte oral. A fase preparatória oral envolve a manipulação do <i>bolus</i> e sua redução. Na fase oral, o alimento é quebrado em pequenas partículas pela mastigação e é formado o bolo, que apresentará uma consistência adequada para ser deglutido. A fase de transferência oral começa quando a parte anterior da língua inicia a movimentação do <i>bolus</i> , movimentando-o por toda a cavidade oral, e termina quando a deglutição faríngea é acionada, geralmente na parte anterior do arco facial para valéculas.	SCOPUS	DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999.
	PUBMED	KIM; HAN, 2005.

<p>A deglutição é um processo neuromotor que tem como função o transporte eficiente do bolo alimentar através da faringe, protegendo as vias aéreas inferiores contra a aspiração. Para tanto, é necessária uma perfeita coordenação funcional dos processos respiratórios e digestivo, de maneira que o conteúdo oral (alimento, líquido ou saliva) seja transferido da boca para a faringe e desta para o trato gastrointestinal, sem que ocorra a passagem para as vias aéreas.</p>	CAPES	PUERARI, 2011.
	CAPES	PAIXÃO, 2009.
	BDTD	CAVALCANTE, 2011.
<p>A deglutição é um ato reflexo complexo, multissináptico, com respostas motoras padronizadas e modificáveis por alterações no estímulo, no volume e na consistência do bolo alimentar. A deglutição é dividida em três fases, e a primeira acaba por ser subdividida em duas: preparatória e oral propriamente dita. Fase Oral Preparatória: Consiste na mastigação com suas três fases: incisão, trituração e pulverização. Nesta fase o bolo é misturado com a saliva e colocado entre a língua e o palato duro para ser deglutido. Fase Oral: É uma fase voluntária que se inicia com a propulsão posterior do bolo pela língua e termina com a passagem do bolo para a orofaringe. Fase Faríngea: Os músculos levantadores e tensores do véu palatino levantam o palato mole, para prevenir regurgitação nasofaríngea. Em seguida, os músculos constritores, médio e inferior da faringe estreitam a hipofaringe e contribuem para os movimentos de contração. A epiglote é então, inclinada para trás e para baixo pelo levantamento da laringe e contração do soalho da boca, com concomitante levantamento do osso hioide. A contração peristáltica dos constritores da faringe propulSIONA o bolo para baixo. Fase Esofágica: O processo de peristaltismo movimenta o bolo pelo esôfago e termina quando ele passa pela transição esôfago-gástrica (MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000; FURKIM, 2004).</p>	CAPES	ALVES, 2009.
<p>A deglutição é um processo fisiológico, altamente integrado e coordenado, cuja função é transportar alimento e/ou saliva da cavidade oral para o estômago com segurança, não permitindo a entrada de nenhuma substância na via aérea. Esse processo está dividido em fases: A Fase oral preparatória envolve a mastigação do bolo e sua mistura com a saliva. Na fase oral, voluntária e consciente, o bolo é percebido a partir de um conjunto de informações aferentes quanto ao volume, consistência, sabor e temperatura. Ao ser posicionado sobre o dorso da língua, inicia-se um ajuste tônico da musculatura da cavidade oral onde o dorso da língua se junta ao palato mole para separarem a cavidade oral da faringe. Em seguida, ocorre a ejeção oral, que é o resultado do aumento da pressão gerada na cavidade oral, que progride de anterior para posterior. Juntamente com o aumento da pressão oral, o palato mole, neste momento, é tensionado e elevado, evitando que o alimento vá para a nasofaringe. Na fase faríngea, involuntária e subconsciente, a faringe configura-se de forma diferente, passando de via aérea para via digestiva. Na fase esofágica, involuntária e inconsciente, o bolo é transferido do esôfago para o estômago através de movimentos peristálticos reflexos e pelo relaxamento do esfíncter esofágico superior.</p>	CAPES	ZART, 2008.

3.4 Determinação dos atributos críticos

Ao analisar os conceitos de Deglutição que emergiram da busca na literatura, alguns atributos foram identificados como fundamentais para que o processo aconteça:

- 1) **Conteúdo oral (sólido, líquido ou saliva);**
- 2) **Estímulos motor e sensitivo**
- 3) **Fases oral, faríngea e esofágica**
- 4) **Transporte da boca até o estômago**

Toda vez que o indivíduo iniciar o processo de deglutição, observa-se a presença de um alimento, podendo este ser encontrado em diversas consistências (sólido, líquido ou pastoso) ou mesmo a saliva pode deglutida para a formação do bolo alimentar (CAVALCANTE, 2011; PUERARI, 2011; GATTO, 2010; ALVES, 2009; PAIXÃO, 2009; ZART, 2008; KIM; HAN, 2005; DORIA et al., 2003; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999; SMITHARD, 1999). Pelo exposto, os termos “bolo”, “bolo alimentar” e *bolus* assumem significados semelhantes, portanto, no presente trabalho serão vistos como sinônimos.

Na presença do alimento, uma série de estímulos é desencadeada para que ocorra o processo de deglutição (PUERARI, 2011; PAIXÃO, 2009). Tal mecanismo pode, portanto ser modulado, primariamente, pelos receptores sensitivos (GATTO, 2010), os quais, dependendo do tamanho, volume, consistência, sabor e temperatura do alimento, desencadeiam o reflexo da deglutição (ZART, 2008; SMITHARD, 1999), que pode ser ativada em vários pontos da cavidade oral (DORIA et al., 2003).

Logo, percebe-se que a deglutição é um complexo mecanismo neuromotor multissináptico, com respostas motoras padronizadas e modificáveis dependendo do tipo de alimento, o qual envolve a ativação e desativação dos músculos das regiões oral, faríngea, laríngea e esofágica (CAVALCANTE, 2011; ALVES, 2009).

Para esclarecer como ocorre todo o mecanismo da deglutição, é fundamental que aconteçam as fases oral, faríngea e esofágica, as quais irão permitir o transporte do alimento da boca até o estômago. Alguns autores costumam dividir didaticamente esse processo em três fases; outros asseveram que a parte oral pode ser subdividida em duas

fases: preparatória oral e a oral propriamente dita (GATTO, 2010; PAIXÃO, 2009; ZART, 2008; DORIA et al., 2003; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

Pelo que foi apresentado no conceito de deglutição, a fase oral é um processo voluntário, consciente, no qual ocorre a apreensão e acomodação do alimento dentro da boca. Esse alimento é triturado/quebrado pelos dentes, para que seja reduzido e mais bem manipulado e misturado com a saliva, para a formação do bolo alimentar. O bolo é movimentado pela língua, a qual promove a sua propulsão para dentro da faringe. A fase faríngea é vista como involuntária e subconsciente, iniciada após o reflexo da deglutição desencadeado. Durante a passagem do alimento, ocorrem os movimentos de contração que impulsionam o alimento para o esôfago e a proteção das vias aéreas para que o alimento não entre para as vias aéreas inferiores. A fase esofágica é involuntária e inconsciente. Aqui continuam os movimentos peristálticos, seguidos por um relaxamento da musculatura, com a finalidade de enviar o alimento até o estômago (CAVALCANTE, 2011; GATTO, 2010; ALVES, 2009; PAIXÃO, 2009; ZART, 2008; KIM; HAN, 2005; DORIA et al., 2003; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999; SMITHARD; 1999).

3.5 Identificação de um caso modelo

Para elucidar todos os atributos que foram apresentados, construiu-se um caso modelo que será apresentado a seguir:

O sr. Raimundo, 52 anos, sexo masculino, esteve internado num hospital geral de Fortaleza com o diagnóstico médico de acidente vascular cerebral isquêmico. Ao retornar para casa, o sr. Raimundo voltou a se alimentar sozinho, sem necessidade de ajuda da sua cuidadora. Na hora do almoço, o cheiro e o aspecto da comida faziam com que o sr. Raimundo sentisse vontade de comer o arroz e o frango que estavam em seu prato. Ele iniciava o processo voluntário de transportar o alimento no tempo, sem atraso, desordem ou fraqueza até a boca. O alimento era mastigado e envolvido pela saliva para formação do bolo alimentar, que pelo movimento da língua era entregue à faringe. Após, iniciava-se o processo involuntário de deglutição que passaria pela faringe e esôfago. O processo de deglutição era concluído quando o alimento entrava no estômago.

Esse caso modelo contemplou todos os atributos críticos: Alimento (arroz e frango); Estímulos sensitivo e motor; Fase oral, faríngea e esofágica; e então o Transporte da boca até o estômago.

3.6 Identificação de um caso contrário

Os casos contrários são feitos para clarificar o conceito, pois são o oposto do caso modelo, ao discutirem aspectos que não pertencem ao conceito. Entretanto, eles também podem fornecer aspectos que são essenciais ao fenômeno de interesse. Na literatura estudada, foi encontrado um exemplo de caso contrário (Quadro 12).

Quadro 12 – Exemplo de caso contrário encontrado na literatura. Fortaleza, 2012

EXEMPLO	BASE	REFERÊNCIA
<p><i>Paciente M. A. S, 75 anos, sexo feminino, deu entrada na emergência de um hospital geral com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral hemorrágico, localizado no tronco cerebral. A senhora M. A. S, apresenta ao exame clínico os fatores de risco disfagia, desordens neurológicas, reflexo de tosse prejudicado. Ao beber suco de laranja, apresentou tosse, engasgo, mudança da tonalidade vocal e desconforto respiratório. O suco de laranja penetrou na laringe, abaixo das cordas vocais e se movimentou para o trato respiratório inferior, alcançando a traqueia e o lobo superior pulmonar esquerdo. Ao realizar um exame de videofluoroscopia, detectou-se a presença de material estranho no pulmão esquerdo da senhora M. A. S.</i></p>	CAPES	CAVALCANTE, 2011.

Esse caso contrário não possui o conjunto dos atributos críticos essenciais ao conceito de deglutição. Observa-se que apenas tem o atributo crítico Alimento (suco de laranja), mas não existem os atributos críticos essenciais Estímulos motor e sensitivo, Transporte da boca até o estômago, Fases (faríngea e esofágica).

Para clarificar ainda mais o conceito em estudo foi construído um caso contrário fictício, apresentado a seguir:

Senhora Francisca, 57 anos, acometida de AVC hemorrágico em 2011, era acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza. Durante uma visita domiciliar, a enfermeira, ao chegar à casa da Senhora Francisca, a encontrou sendo alimentada com mingau de arroz através da Sonda Nasogástrica. Ela estava sentada na cama e o alimento era colocado dentro da sonda pela sua filha. A avaliação constatou que a paciente encontrava-se com baixo peso, desidratada e com sinais de Pneumonia (febre, tosse, ruídos adventícios na ausculta pulmonar). Foi solicitado o Exame de Videofluoroscopia, o qual comprovou a presença de disfagia e aspiração respiratória.

Novamente, observa-se a presença apenas do atributo crítico Alimento (mingau de arroz), mas não existem os atributos críticos essenciais: Estímulos sensitivos, sensoriais e motores; Transporte da boca até o estômago e Fases (oral, faríngea e esofágica).

Desse modo, com base na apreciação dos conceitos, dos atributos críticos e dos casos modelo e contrário, identificados em relação ao conceito de deglutição, construiu-se uma definição única, objetiva e clarificada que contempla os resultados desta análise conceitual.

A deglutição é conceituada como o transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, através de uma estimulação sensitiva e motora.

Enfatiza-se que essa definição é diferente em parte da proposta pela NOC (2010) para o resultado Estado da Deglutição:

Estado da deglutição: passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago.

Assim, a partir da revisão integrativa da literatura e da análise de conceito, elaborou-se uma proposta de definição para o resultado de enfermagem Estado da deglutição, em pacientes com acidente vascular cerebral. Estas duas definições foram encaminhadas para os especialistas no intuito de obter um consenso de qual seria o melhor conceito. Os resultados dessa análise serão expostos na etapa de validação dos especialistas.

3.7 Identificação dos antecedentes do conceito

Os eventos, situações e/ou fenômenos que contribuíram para evidência das alterações da Deglutição em pacientes após AVC foram agrupadas em quatro categorias: relacionadas ao AVC, ao paciente, à dinâmica da deglutição e a outros fatores. No Quadro 13 foram apresentados os Antecedentes.

Quadro 13 – Antecedentes da alterações deglutição após o acidente vascular cerebral encontrados na literatura. Fortaleza, 2012

CATEGORIAS	ANTECEDENTES	REFERÊNCIA
RELACIONADOS AO AVC	Localização do AVC	REMESSO et al., 2011; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; HAN et al., 2008; THEURER et al., 2008; MARTINO et al, 2005; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999; SMITHARD, 1999.
	Severidade do AVC	REMESSO et al., 2011; McMICKEN; MUZZY, 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; HAN et al., 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; MANN; HANKEY, 2001.
	AVC prévio	FALSETTI et al., 2009.
	Tamanho da lesão	FALSETTI et al., 2009.
	Tipo do AVC	PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011.
RELACIONADOS AO PACIENTE	Idade	CAVALCANTE, 2011; REMESSO et al., 2011; HÄAG; ANNIKO, 2010; McMICKEN; MUZZY, 2009; HAN et al., 2008; MARTINO et al., 2005; MANN; HANKEY, 2001.
	Cognição	CAVALCANTE, 2011; SILVA; DANTAS; FABIO, 2010; McMICKEN; MUZZY, 2009; HAN et al., 2008; FINESTONE; GREENE-FINESTONE,

		2003.
	Sexo	PUERARI, 2011; MANN; HANKEY, 2001.
	Medicamentos	KIM; HAN, 2005.
	Fatores que interferem na sua autoalimentação (déficit visual e de percepção espacial, paralisias ou paresia das extremidades altas, apraxia)	FINESTONE; GREENE, 2003.
	Desorientação	FINESTONE; GREENE, 2003.
	Depressão	FINESTONE; GREENE, 2003.
	Negligência visual ou negação da extremidade paralisada	FINESTONE; GREENE, 2003.
	Agnosia	FINESTONE; GREENE, 2003.
RELACIONADOS À DINÂMICA DA DEGLUTIÇÃO	Reflexo da tosse ausente ou diminuída	PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011; RANSEY et al., 2005.
	Movimento da hiolaringe atrasado	MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009.
	Reflexos ausentes	SILVA; DANTAS; FABIO, 2010.
	Força do lábio alterado	HÄAG; ANNIKO, 2010.
	Número de deglutições aumentado	PUERARI, 2011.
	Resposta faríngea atrasada	PUERARI, 2011; MANN; HANKEY, 2001.
	Tempo de trânsito oral lento	PUERARI, 2011.
	Incompleta limpeza oral	MANN; HANKEY, 2001.
	Reflexo do vômito ausente	RANSEY et al., 2005.
	Tosse enquanto deglute	PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011.
	Problemas para controlar a salivação	PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011.
	Alteração na Qualidade da voz	PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011.
OUTROS	Tipo de alimento	GATTO, 2010; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008.

O conhecimento, a avaliação e a detecção precoce dos antecedentes relacionados à deglutição em pacientes com AVC são de substancial importância na prevenção de diversas complicações.

Ao observar os elementos que contribuem para a Deglutição de pacientes após AVC, foram encontrados na literatura 28 antecedentes, agrupados principalmente em três categorias relacionadas à doença neurológica em questão, ao paciente e à dinâmica da deglutição. Dentre eles, os mais citados foram: Localização (10 vezes), Idade (7), Severidade do AVC (6) e nível cognitivo do paciente (5).

Quanto às situações relacionadas à deglutição, elas constituíram na alterações desse processo que ocorre quando um paciente é acometido por AVC e, portanto, foram discutidas com as definições conceituais e os referentes empíricos.

3.8 Identificação dos consequentes do conceito

Para identificação dos consequentes investigaram-se os eventos ou situações resultantes das alterações da Deglutição de pacientes após AVC. No Quadro 14 foram listados todos os elementos encontrados.

Quadro 14 – Consequentes dos prejuízos da deglutição após o acidente vascular cerebral encontrados na literatura. Fortaleza, 2012

CONSEQUENTES	REFERÊNCIA
Disfagia	CAVALCANTE, 2011; PUERARI, 2011; REMESSO et al., 2011; ANTONIOS et al., 2010; EDMIASTON et al., 2010; GATTO, 2010; HÄAG; ANNIKO, 2010; HIROTA et al., 2010; SILVA; DANTAS; FABIO, 2010; GATTO, 2010; ALVES, 2009; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; McMICKEN; MUZZY, 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; PAIXÃO, 2009; HAN et al., 2008; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; THEURER et al., 2008; ZART, 2008; TRAPL et al., 2007; BROADLEY et al., 2005; HORI et al., 2005; KIM; HAN, 2005; MARTINO et al., 2005; NISHIWAKI et al., 2005; RANSEY et al., 2005; FINESTONE; DORIA et al., 2003; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; MANN; HANKEY, 2001; PERRY, 2001; DANIELS et al., 2000; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999; SMITHARD, 1999.
Desnutrição	ANTONIOS et al., 2010; EDMIASTON et al., 2010; GATTO, 2010; HIROTA et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; NISHIWAKI et al., 2005; DORIA et al., 2003; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; PERRY, 2001; SMITHARD, 1999.
Pneumonia aspirativa	REMESSO et al., 2011; ANTONIOS et al., 2010; GATTO, 2010; HIROTA et al., 2010; SILVA; DANTAS; FABIO, 2010;

	BAYLOW et al., 2009; HUANG et al., 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; HORI et al., 2005; NISHIWAKI et al., 2005; DORIA et al., 2003; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; DANIELS et al., 2000; SMITHARD, 1999.
Aumento do tempo de permanência hospitalar	REMESSO et al., 2011; ANTONIOS et al., 2010; HIROTA et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; McMICKEN; MUZZY, 2009; MARTINO et al., 2005; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; DANIELS et al., 2000; SMITHARD, 1999
Mortalidade	ANTONIOS et al., 2010; EDMIASTON et al., 2010; HIROTA et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; HORI et al., 2005.
Aspiração respiratória	REMESSO et al., 2011; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; FALSETTI et al, 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; TRAPL et al., 2007; BROADLEY et al., 2005; DORIA et al., 2003; SMITHARD, 1999.
Morbidade	ANTONIOS et al., 2010; FALSETTI et al, 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; DANIELS et al., 2000; SMITHARD, 1999.
Desidratação	ANTONIOS et al., 2010; FALSETTI et al, 2009; HUANG et al., 2009; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003; SMITHARD, 1999.
Incapacidade	BAYLOW et al., 2009; HUANG et al., 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; HORI et al., 2005; NISHIWAKI et al., 2005; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003.
Infecção	EDMIASTON et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al, 2009; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; SMITHARD, 1999.
Pneumonia	EDMIASTON et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; BROADLEY et al., 2005; MARTINO et al., 2005.
Diminuição na qualidade de vida	MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; HORI et al., 2005; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003.
Aumento dos custos com a internação hospitalar	ANTONIOS et al., 2010; MARTINO et al., 2005.
Risco de aspiração	MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008; DANIELS et al., 2000.
Necessidade de suporte de alimentação enteral	FALSETTI et al, 2009; RANSEY et al., 2005.
Penetração	MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009.

Ao avaliar as condições resultantes da deglutição de pacientes após AVC, foram encontrados 16 consequentes, sendo a disfagia citada por todas as publicações examinadas. Isso torna fundamental a intervenção precoce da equipe multiprofissional, para que a condição de disfagia severa não aconteça, uma vez que contribui para o aparecimento dos outros consequentes listados.

Tendo em vista todas as consequências da deglutição encontradas na literatura, ressalta-se a importância da detecção precoce dos antecedentes relacionados a esta situação clínica, com vistas a melhorar os resultados de saúde dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

3.9 Definição dos referentes empíricos

Os referentes empíricos, como apresentados no capítulo anterior, resultaram do refinamento dos indicadores sugeridos pela NOC para os resultados de enfermagem: Estado da deglutição, Estado da deglutição: fase oral e Estado da deglutição: fase faríngea, encontrados a partir da revisão integrativa de literatura e passíveis de serem avaliados à beira do leito pelo enfermeiro. Ressalta-se que a literatura destacou que para pacientes com AVC, a fase esofágica da deglutição não se encontra prejudicada, logo não foi necessário o estudo do RE Estado da deglutição: fase esofágica.

Logo, os resultados da Revisão Integrativa e da Análise de Conceito permitiram: 1) Trabalhar somente com um novo RE Estado da deglutição, que permitiu o agrupamento de indicadores relativos a fases oral e faríngea, conforme citado anteriormente; 2) Incluir um novo indicador proposto pela literatura (Captura de alimentos); e 3) Revisar os títulos dos indicadores, seguindo os propostos pela literatura, de modo facilitar a compreensão dos enfermeiros durante a sua avaliação clínica.

Para a apresentação dos indicadores, elaboraram-se definições conceituais e referentes empíricos, bem como definições para as suas magnitudes clínicas. Após apresentação de cada indicador será realizada uma breve discussão sobre os elementos envolvidos na sua avaliação.

Quadro 15 – Definição conceitual e referente empírico do indicador Captura dos alimentos. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
CAPTURA DOS ALIMENTOS	1	2	3	4	5
Definição conceitual: Capacidade de o paciente capturar todo o alimento e/ou líquido de um dispositivo.	Não consegue capturar o alimento mesmo com a ajuda de terceiros.	Depende totalmente da ajuda de terceiros para capturar o alimento.	Depende parcialmente da ajuda de terceiros para capturar o alimento.	Necessita de adaptações para captar o alimento, as quais não envolvem ajuda de terceiros.	Paciente consegue captar todo o alimento do dispositivo, sem adaptações ou ajuda de terceiros.
Referente empírico: Colocar um dispositivo (copo, colher, prato) contendo alimento e/ou líquido diante do paciente e observar se ele consegue capturar o conteúdo e levar até a boca, com precisão.					
Referência da Revisão Integrativa:					
SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós-acidente vascular encefálico. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. v. 22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED)					
PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)					
Referência Complementar:					
JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.					

Ao avaliar a definição da deglutição, muitos estudos a apresentam como um processo seguro de transferência do alimento da boca até o estômago, dividindo-a em três fases, como citado anteriormente: oral (oral preparatória e oral propriamente dita), faríngea e esofágica. Alguns autores acrescentam também a fase de captura do alimento ou antecipatória, a qual é influenciada pela fome, grau de saciedade, aspectos dos alimentos, ambiente alimentar, estado emocional, influências sociais, utilização de utensílios, coordenação mão e boca, postura cervicais. Assim, a deglutição passaria a compreender a ingestão do alimento (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

Logo, para avaliar a alimentação em pacientes com AVC é necessário observar, além do ato de deglutir, a manipulação da comida no prato, o transporte da comida para a boca, o fechamento dos lábios e a manipulação da comida na boca. No domínio do transporte de alimento para a boca, o problema pode ser relacionado à dificuldade do paciente de lidar com os talheres durante o transporte de alimentos para a boca e no ajuste do tronco e da cabeça durante a alimentação (JACOBSSON et al., 2000).

Para que aconteça todo o processo de deglutição, autores admitem a necessidade do adequado funcionamento do tronco cerebral e de centros da coluna vertebral. Ao sofrer um AVC, o paciente pode apresentar prejuízo para áreas motoras da deglutição e/ou sua conexão com o tronco cerebral, o que resultará em problemas com a deglutição (CRARY et al., 2006).

Isso é importante, pois a deglutição pode ser afetada por um distúrbio na organização da sequência motora devido a lesões corticais no hemisfério D, resultando na incapacidade de movimentação de alimentos a partir do prato para a boca e na execução da fase oral. Essa incapacidade é indiretamente afetada pela presença de negligência unilateral, o que corrobora para a presença de restos de alimentos na bochecha paralisada (SMITHARD, 1999). Pode-se dizer, portanto, que se o AVC for Esquerdo (E) será mais propenso ao desajuste na fase oral da deglutição, enquanto que, se for Direito (D), está susceptível de prejudicar ambas as fases da deglutição (THEURER et al., 2008).

O AVC isquêmico é o mais comum, mas é o hemorrágico que contribui com mais alterações negativas da deglutição (REMESSO et al., 2011). E a história de um AVC prévio igualmente contribui para a ocorrência de disfagia, assim como o tamanho da lesão formada e o seu sítio, ou seja, lesões maiores podem ser mais complicadas do

que o fato de o AVC ter atingido a região cortical, pois pacientes com lesões amplas têm maior desenvolvimento de aspiração, do que quando essas lesões atingem apenas hemisfério D ou E (FALSETTI et al., 2009; McMICKEN; MUZZY, 2009).

No estudo de Nakajima et al. (2010), ao utilizar a escala internacional de AVC do National Institute of Health (NIHSS Internacional) para prever o tamanho da lesão e a gravidade do AVC dentro de 48 horas da admissão e quatro semanas após a admissão, observou-se uma fraca relação com a presença de dificuldade da deglutição. Esse resultado foi apontado como razoável, uma vez que a gravidade do AVC tem uma forte associação com os problemas da deglutição.

A severidade do AVC também contribui para a falha na deglutição, ou seja, aqueles que têm piores notas no NIHSS apresentam mais dificuldade em iniciar e completar a deglutição tanto de líquidos, como de outros alimentos (REMESSO et al., 2011; McMICKEN; MUZZY, 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; HAN et al., 2008; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008), o que os torna mais dependentes (MANN; HANKEY, 2001).

Algumas condições dos pacientes contribuem para as dificuldades no processo de deglutição e alimentação: fatores que interferem na sua autoalimentação (déficit visual e de percepção espacial, paralisias ou paresia das extremidades altas, apraxia), alterações cognitivas (déficit de atenção e concentração), desorientação, negligência visual ou negação da extremidade paralisada, depressão e agnosia (FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

Um bom funcionamento do mecanismo de deglutição dependerá da capacidade funcional do indivíduo. No estudo de Crary et al. (2006), ao se utilizar o Índice de Barthel para mensurar a independência funcional para atividades básicas da vida diária, encontrou-se que aqueles com pior desempenho apresentavam sérias dificuldades no processo de deglutição.

A cognição dos pacientes também tem repercussão sobre a deglutição, pois, quanto pior o nível cognitivo dos pacientes após o AVC, maior a probabilidade do desenvolvimento de disfagia (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010; HAN et al., 2008).

A alimentação por via oral é um pré-requisito para a socialização humana, logo, quando esta se encontra interrompida, observam-se retração social e isolamento, o que contribui para baixa autoestima e piora na qualidade de vida. Isso interfere também no resultado da reabilitação e provoca uma menor habilidade funcional. Portanto, a

deglutição eficaz contribui para restabelecer o balanço nutricional, incrementar a demanda metabólica e também contribui para a satisfação do paciente, interação social e qualidade de vida (HUANG et al., 2009; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008).

Nesse sentido, Puerari (2011), em seu estudo sobre avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após AVC, evidenciou a importância de se investigar o ato de comer e beber, para identificar se o paciente o fazia de forma eficiente e sincrônica, ou seja, se o paciente executava as tarefas e ações coordenadas de comer e beber o alimento servido, levá-lo à boca, consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, sem a necessidade de utilizar adaptações para executar a tarefa.

Quadro 16 – Referente empírico e conceitual do indicador Capacidade de mastigar. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
CAPACIDADE DE MASTIGAR	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Capacidade do indivíduo de iniciar o processo digestivo, o qual visa trituração e moagem dos alimentos, transformando-os em partículas menores para serem facilmente deglutidas.</p>	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.
<p>Referente empírico: Observar inicialmente sem a utilização de dieta:</p> <p>1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula.</p> <p>2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de apreensão dos lábios; o examinador pede para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar.</p> <p>3. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (fazer o paciente estender a língua o mais para frente possível e depois retraindo); Lateralização (fazer o paciente tocar cada parte da boca, repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (com a boca toda aberta, fazer a língua tocar o palato, alternar elevação e depressão); b) Força da Língua (pedir ao paciente que faça resistência aos movimentos realizados pelo examinador, quando este estiver empurrando sua língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo).</p> <p>4. BOCHECHA: a) sensibilidade: extraoral (solicitar que o paciente feche os olhos e toque com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intraoral (tocar com a espátula diferentes pontos com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique); b) tônus: o avaliador, usando uma luva, deve tocar a região da bochecha e verificar a sua tonicidade.</p> <p>5. PALATO: pedir ao paciente para produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários segundos; observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, com a úvula permanecendo na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua para essa manobra).</p> <p>6. DENTES: Solicitar que o paciente abra a cavidade oral e inspecionar: a) Número (observar a quantidade de dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria[,]) para que você possa observar a oclusão dos dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verificar a sua adaptação.</p>					
Referência da Revisão Integrativa:					

- ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES)
- ANTONIOS, N.; CARNABY-MANN, G.; CRARY, M.; MILLER, L.; HUBBARD, H.; HOOD, K.; SAMBANDAM, R.; XAVIER, A.; SILLIMAN, S. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. v. 19, n. 1, p.49-57, 2010. (PUBMED)
- BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). *Dysphagia*. v.20, p.303-310, 2005. (PUBMED)
- DANIELS, S.K.; BRAILEY, K.; FOUNDAS, A.L. Lingual discoordination and dysphagia following acute stroke: analyses of lesion lateralization. *Dysphagia*. v.14, p.85-92, 1999. (SCOPUS)
- HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. *Dysphagia*. v.23, p.59-64, 2008. (SCOPUS)
- HIROTA, N.; KONAKA, K.; ONO, T.; TAMINE, K.; KONDO, J.; HORI, K.; YOSHIMUTA, Y.; MAEDA, Y.; SAKODA, S.; NARITOMI, H. Reduced tongue pressure against predicts dysphagia in patients with acute stroke. *Stroke*. v.41, p.2982-2984, 2010. (PUBMED)
- HORI, K.; ONO, T.; IWATA, H.; NOKUBI, T.; KUMAKURA, I. Tongue pressure against hard palate during swallowing in post-stroke patients. *Gerodontology*. v.22, p.227-233, 2005. (PUBMED)
- MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. *Dysphagia*. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED)
- NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. *J Rehabil Med*. v.37, p.247-251, 2005. (PUBMED)
- PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)
- SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. v.22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED)
- THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. v.32, n.3, p.114-122, 2008. (SCOPUS)

Referência Complementar:

- COSTA, M.M.B.; CASTRO, L.P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- EIDEL, H. M.; BALL, J.W.; DAINS, J.E.; BENEDICT, G.W. **Mosby** Guia de Exame Físico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.;
- JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C. de; BARROS, A.P. **Tratado de deglutição e disfagia**. No adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.

A mastigação é uma importante função do sistema estomatognatário e constitui a fase inicial do processo digestivo, que se inicia na boca. Visa à trituração e à moagem dos alimentos, para transformá-los em partículas menores que, ligando-se à ação da saliva, formam o bolo alimentar, que, depois ser colocado entre a língua e o palato duro, será deglutido (ALVES, 2009; COSTA; CASTRO, 2003).

Caso a etapa não ocorra corretamente, as seguintes também estarão comprometidas. Durante esse momento, é fundamental a vedação labial para a contenção do alimento dentro da cavidade oral, bem como a secreção salivar (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

A mastigação incrementa de forma lenta o fluxo salivar por ativação dos mecanorreceptores na membrana periodontal. O número de mastigações é maior após o AVC para ajustar o tamanho do alimento a ser deglutido por pacientes que apresentam problemas na sua capacidade de deglutição, ocasionando um atraso no início da deglutição e conseqüentemente na viscosidade do alimento. Tal fato aumentará o risco de aspiração (KIM; HAN, 2005).

Logo, a mastigação é fundamental para o processo digestivo e sua ação dependerá de alguns fatores, como: salivação, língua, lábios, bochechas, mandíbula, dentes, doenças neuromusculares e idade. A salivação será discutida posteriormente, junto ao indicador Produção de saliva.

Esse processo mastigatório é coordenado pelos neurônios adjacentes ao núcleo motor trigeminal, localizado na formação reticular lateral da ponte e do bulbo. Os movimentos labiais são coordenados pelos neurônios localizados próximos ao núcleo motor facial, e os movimentos da língua, pelos neurônios próximos ao núcleo do hipoglosso (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2009). Durante o ato mastigatório, contraem-se vários músculos: mastigatórios, músculos da língua e os faciais, principalmente o bucinador e o orbicular dos lábios (COSTA; CASTRO, 2003).

Na fase oral, a língua pressiona o palato duro, em vários pontos, o que força o bolo a entrar na parte superior da faringe. Os arcos palatofaríngeos são medianamente tracionados para formar um canal por onde o bolo irá passar. As bochechas e lábios, nesse momento, ficam totalmente contraídos contra os dentes, evitando que os alimentos caiam nos vestibulos e para que não haja espaço vazio na cavidade oral, o que corrobora para a ejeção do bolo (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

As desordens motoras da língua ou lenta coordenação da língua e dos movimentos da mandíbula influenciam tanto a fase faríngea como a fase oral. A atividade da língua tem um importante papel na mastigação, deglutição e articulação. O contato da ponta da língua com parte ântero-medial do palato duro contribui para propeler o bolo, bem como para estabilizar a musculatura da mastigação envolvida no estágio inicial da deglutição, logo, um decréscimo dessa força na região medial poderia reduzir a habilidade da deglutição (HORI et al., 2005).

Outra forma de mensurar a capacidade de mastigar é através do indicador força da língua, utilizando para isso o teste de água, com dois volumes (5 e 30 ml). Para tanto, são posicionados vários sensores de forma pré-estabelecida no palato duro, enquanto o paciente deglute o volume de água. A redução na pressão da língua de pacientes com AVC interfere no envolvimento do alimento e sua posterior transferência entre o dorso e o palato e reduz a eficiência pré-faríngea da deglutição (HIROTA et al., 2010).

Com o AVC observa-se uma atrofia na contração da musculatura da língua. A perda do suporte de oclusão da mandíbula influenciará a pressão da língua contra o palato duro mediante dois mecanismos: o decréscimo do volume da cavidade oral trabalhará para reduzir a atividade da língua; e o segundo, o contato da língua com o palato duro compensará sua oclusão (HORI et al., 2005).

Durante a deglutição, há uma atividade central da língua de manter o contato com o palato duro para formar o bolo alimentar e essa pressão máxima exercida pela língua sobre o palato pode fornecer um parâmetro quantitativo para avaliação da biomecânica da língua. Para mensurá-la é importante a utilização da videofluoroscopia (HIROTA et al., 2010).

Ao avaliar, é necessário verificar também a força do lábio, pois, no paciente com AVC com debilidade dessa musculatura (músculo bucinador, gênio-hioide e a porção distal do músculo digestório), pode acontecer o vazamento do alimento pelo canto da boca, devido a uma paralisia subclínica (HÄAG; ANNIKO, 2010). Devem ser observados, ao mesmo tempo, a capacidade de esvaziamento da cavidade oral e a força e a simetria do palato (MANN; HANKEY, 2001), a qualidade da voz, diminuição ou ausência da tosse, tosse voluntária anormal, tosse enquanto deglute e problemas para controlar a salivação (REMESSO et al., 2011).

Outro estudo aponta sobre a necessidade de mensurar a força do lábio para garantir a contenção dos alimentos ou da saliva dentro da cavidade oral. Aqui a força é

mensurada por um aparelho próprio, no qual é testada a pressão dos lábios sobre uma superfície acrílica. Esse conector é ligado a uma unidade eletrônica de medida que fornecerá o valor em Newton (N). O sujeito é instruído a pressionar o aparelho até o máximo que conseguir. A força normal está em torno de 15 N. O teste da força dos lábios não é somente para avaliar a habilidade do nervo facial de ativar os músculos (complexo bucinador), mas é um teste para investigar se a cadeia de deglutição orofaríngea está funcionando normalmente (HÄAG; ANNIKO, 2010).

Os exames das bochechas e da mandíbula também são importantes para este tópico. Caso ocorram hipotonia das bochechas e redução da sensibilidade do músculo bucinador, os alimentos podem ficar retidos nos sulcos laterais da cavidade oral, prejudicando a formação do bolo. Já as alterações nos movimentos mandibulares podem prejudicar a eficiência mastigatória, podendo ocorrer, nesses casos, dificuldade ou incapacidade para realizar os movimentos mandibulares necessários para trituração e consequente moagem do alimento (COSTA; CASTRO, 2003).

Quanto ao exame dos dentes, torna-se imprescindível examinar três pontos: número de dentes, o seu estado de conservação e a utilização de próteses, pois estes participam ativamente da fase de preparo e de qualificação da deglutição. Os comprometimentos da arcada dentária, incluindo próteses mal adaptadas, afetam a formação e o transporte do bolo, podendo ocasionar escape prematuro, aumentando o risco de aspiração (PUERARI, 2011).

As condições dos dentes interferem na trituração do alimento. Ausência de dentes, má oclusão dentária, doenças periodontais, uso de próteses mal adaptadas causam prejuízos na eficiência mastigatória. Podem-se verificar no paciente, às vezes, algumas adaptações do tipo: mastigar mais ou só de um dos lados, limitados movimentos mandibulares e a seleção de alimentos de consistência mais mole para facilitar e possibilitar a mastigação (COSTA; CASTRO, 2003).

É muito comum, quando ocorrem a perda de dentes ou uso de próteses mal adaptadas, surgirem espaços entre os dentes, os quais permitem a impactação alimentar próximo à gengiva, dificultando a ejeção do bolo e provocando dor, o que leva a pessoa à procura de uma maneira cômoda de mastigar e, conseqüentemente, para conseguir deglutir (COSTA; CASTRO, 2003).

A idade também pode influenciar a deglutição, pois ocorrem muitas mudanças no aparelho fonoarticular (lábios, língua e bochecha), o que contribui para alterar a mastigação, deglutição, respiração, voz e fala (REMESSO et al., 2011; HÄAG; ANNIKO, 2010; HAN et al., 2008; MARTINO et al., 2005). Alguns estudos apontam que a idade acima dos 70 anos compromete a deglutição (MANN; HANKEY, 2001), outros apresentam a idade superior aos 75 anos (McMICKEN; MUZZY, 2009).

Quando a idade está acima dos 70 anos, ela se torna um significativo preditor de infecção respiratória e aspiração até os 6 meses após o episódio de AVC. Além disso, também contribui para diminuição gradativa da sensibilidade orofaríngea e laríngea, diminuição ou ausência do reflexo da deglutição, demora no trânsito oral e penetração (McMICKEN; MUZZY, 2009; DORIA et al., 2003).

A perda da dentição natural, combinada com a perda ou diminuição da força mastigatória, afeta a preparação do bolo alimentar. O uso de próteses dentárias mal adaptadas ou com encaixe imperfeito agrava também a fase preparatória oral. O envelhecimento produz redução importante das papilas linguais, que, combinada com a perda do olfato, compromete informações sensoriais importantes para o processo de deglutição (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

Logo, a mobilidade dos elementos da cavidade oral, sensibilidade e as respostas aos reflexos devem estar presentes para que o paciente consiga deglutir (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010). Aqueles pacientes que apresentam comprometimento dos nervos vagal, glossofaríngeo e trigêmio poderão apresentar dificuldade (HÄAG; ANNIKO, 2010). O estímulo sensorial do nervo glossofaríngeo e do nervo vago são responsáveis pelo reflexo do vômito e o reflexo da tosse está envolvido com o estímulo vagal (RANSEY et al., 2005).

Quadro 17 – Referente empírico e conceitual do indicador Produção de saliva. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
PRODUÇÃO DE SALIVA	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Mecanismo fundamental para compactação do alimento que acabou de ser triturado, permitindo a formação do bolo alimentar.</p> <p>Referente empírico: O examinador, antes de fornecer o alimento ao paciente, deve solicitar a abertura da cavidade oral para proceder à inspeção da:</p> <p>a) Produção de saliva através dos ductos das glândulas parótidas (localizados junto ao segundo dente molar superior) e dos ductos das glândulas submandibulares e sublingual (localizados no assoalho bucal: Solicitar ao paciente que abra a boca, com ajuda de uma espátula, visualizar os ductos das glândulas);</p> <p>b) Língua: pedir ao paciente que estenda a língua enquanto você inspeciona a umidade e presença de saburro (placa esbranquiçada, amarelada ou amarronzada, que se forma na parte posterior da língua).</p>	Ausência de salivação e língua saburrosa.	Ausência de salivação e língua sem saburro.	Presença de salivação espumosa ou expectorante e língua saburrosa.	Presença de salivação espumosa ou expectorante e língua sem saburro.	Presença de salivação fluida e língua sem saburro.
<p>Referência da Revisão Integrativa: ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES) ANTONIOS, N.; CARNABY-MANN, G.; CRARY, M.; MILLER, L.; HUBBARD, H.; HOOD, K.; SAMBANDAM, R.; XAVIER, A.; SILLIMAN, S. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease. v. 19, n. 1, p.49-57, 2010. (PUBMED) MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. Dysphagia. v.16, p.208-215, 2001 (PUBMED).</p>					
<p>Referência Complementar: EIDEL, H. M.; BALL, J.W.; DAINS, J.E.; BENEDICT, G.W. Mosby Guia de Exame Físico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999.</p>					

A saliva é de suma importância para a manutenção da saúde bucal, além de ajudar na preparação do bolo alimentar e na umidade da mucosa bucal e faríngea. A xerostomia pode levar à dificuldade de deglutição, problemas com a fala, perda gustativa, diminuição do pH, diminuição da capacidade de tamponamento, mudanças na microflora oral, aumento do risco de cárie e doenças periodontais (ALVES, 2009).

A menor produção de saliva pode deixar a língua do paciente seca. Tal condição pode coexistir com saburra ou biofilme lingual, que constitui uma placa bacteriana de coloração esbranquiçada, amarelada ou amarronzada sobre a parte posterior da língua (EIDEL et al., 2007, p.342). Tal situação pode interferir na dinâmica da deglutição, pois o paciente com língua seca e com saburra apresentará dificuldade para compactar os alimentos que estão sofrendo ação da mastigação. No entanto, a situação que é mais comumente observada no pacientes com AVC é a sialorreia, em decorrência da incapacidade de conter os alimentos na cavidade oral (ANTONIOS et al., 2010).

A frequência de deglutição espontânea em um indivíduo normal é de uma por minuto e está relacionada à salivação, que ocorre em 0,5 ml/min. Durante a alimentação acontece um aumento na produção de saliva que facilita a deglutição e ainda atua como um lubrificante (COSTA; CASTRO, 2003). Logo, é a força de coesão entre as partículas de comida que podem determinar o momento adequado da deglutição, ditado pela redução do tamanho da partícula e secreção de saliva (KIM; HAN, 2005).

A avaliação da secreção salivar (volume, coloração e viscosidade) é feita ao examinar a drenagem das glândulas salivares maiores através dos ductos das glândulas parótidas (localizados junto ao segundo dente molar superior) e dos ductos das glândulas submandibulares e sublinguais (localizados no assoalho bucal). As glândulas salivares acessórias ou pequenas, dispersas sobre o palato, lábios, bochecha, tonsilas e língua, não produzem salivação tão visível (FURKIM; SANTINI, 1999).

A utilização de alguns medicamentos para depressão, ansiedade e hipertensão arterial pode provocar hipossalivação, devido ao seu efeito colinérgico ou simpatomimético, interferindo no paladar e no início da preparação do bolo alimentar e na subsequente resposta da deglutição, afetando a fase oral.

Tais eventos também podem ser observados após o uso de anti-histamínicos, antiespasmódicos e broncodilatadores (KIM; HAN, 2005; JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). Assim, é fundamental conhecer os tipos de medicamentos utilizados, pois, além da salivação,

os movimentos da cavidade oral podem ser alterados, após o uso de neurolépticos, antieméticos e antagonistas dopaminérgicos (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003; FURKIM; SANTINI, 1999).

Quadro 18 – Referente empírico e conceitual do indicador Manutenção do conteúdo oral na boca. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
MANUTENÇÃO DO CONTEÚDO ORAL NA BOCA	1	2	3	4	5
Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral garantido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.	Apresenta alterações nos quatro itens examinados.	Apresenta alterações em três itens examinados.	Apresenta alterações em dois itens examinados.	Apresenta alterações em um dos itens examinados.	Não apresenta alterações nos itens examinados.
Referente empírico: Inicialmente, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam: 1-simetria labial; 2-manutenção da comissura labial em relação ao sulco nasolabial; 3-vedamento labial. Posteriormente, com utilização do alimento (líquido= 5 ml), verifica-se se o paciente consegue controlar o conteúdo oral dentro da boca (4).					
<p>Referência da Revisão Integrativa: ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES) EDMIASTON, J.; CONNOR, L.T.; LOEHR, L.; NASSIEF, A. Validation of a dysphagia screenig tool in acute stroke patients. American Journal of Critical Care. v.19, n.4, p. 357-364, 2010. (SCOPUS) HÄAG, M.; ANNIKO, M. Influence of lip force on swallowing capacity in stroke patientes and in healthy subjects. Acta Oto-Laryngologica. v.130, p.1204-1208, 2010 (PUBMED). HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. Dysphagia. v.23, p.59-64, 2008. (SCOPUS) MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. Dysphagia. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED). PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES) SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. v.22, n.3, p.317-324, 2010 (PUBMED). THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology. v.32, n.3, p.114-122, 2008. (SCOPUS) TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. The Gugging Swallowing Screen. Stroke. v.38, p.2948-2952, 2007 (PUBMED)</p>					

A fase oral da deglutição possui dois importantes elementos a serem considerados no desempenho do trânsito oral: a participação do esfíncter labial e da língua. O primeiro será discutido agora e o segundo será detalhado junto ao indicador Capacidade de desobstruir a cavidade oral.

Para avaliar a Manutenção do conteúdo oral na boca, alguns estudos mencionam a necessidade de avaliar a simetria labial na ausência ou na presença de alimento em diversos volumes e consistências, para verificar a existência do escape labial. Os lábios, portanto, devem apresentar simetria, sem desvios nem queda da comissura, com movimentos de protusão e estiramento (PUERARI, 2011; THEURER et al., 2008).

Estudos apresentam o termo “escape oral anterior”, ao se referirem à ocorrência de escape de alimento ou líquidos pelos lábios, após a captação do bolo, geralmente por insuficiência do vedamento labial (PUERARI, 2011), sendo observado durante a formação do bolo ou antes do início da fase oral (THEURER et al., 2008).

A vedação labial poderia ser classificada em: vedação labial com a permanência do bolo na cavidade oral; escape parcial do bolo ou inadequada vedação labial; sem vedação labial (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010).

Häag e Anniko (2010) ressaltam que para avaliar a contenção dos alimentos na boca é fundamental mensurar a força do lábio. Entretanto, esse tópico já foi amplamente discutido em conjunto com o indicador Capacidade de mastigar.

Quadro 19 – Referente empírico e conceitual do indicador Formação do bolo alimentar. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
FORMAÇÃO DO BOLO ALIMENTAR	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Consiste na acomodação e formação do bolo alimentar por meio de ação voluntária, envolvendo o movimento coordenado da língua e palato, vedação labial e trabalho dos dentes.</p> <p>Referente empírico: Inicia-se o teste com líquido (5 ml); caso o paciente consiga deglutir, será fornecido o alimento na consistência pastosa (5 ml). O examinador deve observar, no paciente já com o alimento dentro da boca, os seguintes aspectos, por 10 segundos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contenção do alimento dentro da boca; 2) Ação da musculatura supra-hioide (em volta da mandíbula) enquanto deglute o líquido/pastoso e Lateralização e rotação da mandíbula para permitir a moagem/trituração do alimento pastoso/sólido. 3) Início da formação do bolo: é observado assim que o alimento é colocado dentro da cavidade oral ou se necessita do estímulo do examinador para iniciar a mastigação. 	<p>Paciente não consegue conter o alimento dentro da boca.</p>	<p>Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, mas não apresenta nenhuma movimentação da musculatura/mandíbula, mesmo com estímulo do examinador.</p>	<p>Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, apresentando movimento débil da musculatura/mandíbula, após estímulo do examinador.</p>	<p>Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, apresenta boa movimentação da musculatura hioide ou da mandíbula, após estímulo do examinador.</p>	<p>Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, apresenta boa movimentação da musculatura hioide ou da mandíbula, sem o estímulo do examinador.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa:</p> <p>ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES)</p> <p>ANTONIOS, N.; CARNABY-MANN, G.; CRARY, M.; MILLER, L.; HUBBARD, H.; HOOD, K.; SAMBANDAM, R.; XAVIER, A.; SILLIMAN, S. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease</i>. v. 19, n. 1, p.49-57, 2010. (PUBMED)</p> <p>BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). <i>Dysphagia</i>. v.20, p.303-310, 2005. (PUBMED)</p> <p>DANIELS, S.K.; BRAILEY, K.; FOUNDAS, A.L. Lingual discoordination and dysphagia following acute stroke: analyses of lesion lateralization. <i>Dysphagia</i>.</p>					

v.14, p.85-92, 1999. (SCOPUS)

HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. *Dysphagia*. v.23, p.59-64, 2008. (SCOPUS)

HIROTA, N.; KONAKA, K.; ONO, T.; TAMINE, K.; KONDO, J.; HORI, K.; YOSHIMUTA, Y.; MAEDA, Y.; SAKODA, S.; NARITOMI, H. Reduced tongue pressure against predicts dysphagia in patients with acute stroke. *Stroke*. v.41, p.2982-2984, 2010. (PUBMED)

HORI, K.; ONO, T.; IWATA, H.; NOKUBI, T.; KUMAKURA, I. Tongue pressure against hard palate during swallowing in post-stroke patients. *Gerodontology*. v.22, p.227-233, 2005. (PUBMED)

MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. *Dysphagia*. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED)

NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variable. *J Rehabil Med*. v.37, p.247-251, 2005. (PUBMED)

PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)

SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. v.22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED)

THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. v.32, n.3, p.114-122, 2008. (SCOPUS)

Referência Complementar:

COSTA, M.M.B.; CASTRO, L.P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

A formação do bolo alimentar envolve tanto o processo de mastigação, como necessita da salivação para posterior compactação do alimento para que possa ser facilmente deglutido. Logo, esse mecanismo necessitará da movimentação, força e coordenação da língua, dos lábios, da própria mandíbula e do palato (ANTONIOS et al., 2010; SILVA; DANTAS; FABIO, 2010; BROADLEY et al., 2005).

Concomitante à fase de preparo, em que o alimento é triturado e umidificado para a formação do bolo, ocorre a qualificação, na qual todas as características físico-químicas do alimento são percebidas e qualificadas. Ou seja, ocorre a percepção do bolo em seu volume, consistência, densidade e grau de umidificação dentro da cavidade oral, e os gostos fundamentais (doce, salgado, azedo e amargo) são diferenciados (COSTA; CASTRO, 2003).

A supervisão das funções orais consiste da inspeção da boca, os testes da mobilidade do palato mole, oral praxia, oral gnosis, sensação de calor e frio na boca, bem como paladar e olfato (JACOBSSON et al., 2000), ou seja, se indivíduo consegue captar o bolo, fazer uma boa vedação labial e preparar o bolo, além de realizar uma elevação faríngea, sem refluxo nasal (SILVA; DANTAS, FABIO, 2010).

Ao pensar no AVC, a sua localização pode ter impacto sobre o processo de deglutição; apesar de se encontrar na literatura uma ampla discussão sobre o papel dos hemisférios direito e esquerdo sobre essa dinâmica, no entanto a maior coordenação encontra-se sob o hemisfério dominante, e não sob um controle dos hemisférios D ou E. Eles apresentam que a disfagia pode ocorrer com AVC hemisférico ou quando este atinge o tronco encefálico de forma unilateral ou bilateral (BAYLOW et al., 2009; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999; SMITHARD, 1999).

Os pacientes com lesão em hemisfério E apresentam dificuldade nos movimentos de coordenação da língua, lábios e mandíbula. A ínsula está associada com a coordenação da musculatura oral, gustatória e autonômica, e a sua parte anterior pode estar envolvida com a mobilidade orofaríngea. Quando ocorrem lesões em território vascular posterior, o paciente pode apresentar deglutição lenta, refluxo da nasofaringe, lentificação do reflexo da deglutição, penetração laríngea e aspiração (BAYLOW et al., 2009; HUANG et al., 2009; DANIELS; BRAILEY; FOUNDAS, 1999).

Lesões cerebrais podem interromper o controle voluntário da mastigação e o transporte do bolo na fase oral, além de incrementar o risco de aspiração e causar prejuízos na função cognitiva, como concentração e atenção. Lesões corticais envolvendo o giro pré-

central podem produzir debilidade contralateral da face, lábios, e no controle motor da língua, como também comprometer o peristaltismo da faringe (REMESSO et al., 2011; HAN et al., 2008; MARTINO et al., 2005).

As lesões de tronco são pouco comuns, mas também causam comprometimento da deglutição ao paralisar a atividade do IX par de nervo craniano (glossofaríngeo). Tal situação afeta: sensibilidade da boca, língua e bochecha, tempo para acionar a deglutição faríngea, mobilidade e simetria da faringe, elevação laríngea, fechamento da glote, acúmulo de alimento na valécula e relaxamento da cricofaringe (REMESSO et al., 2011; MARTINO et al., 2005; SMITHARD, 1999).

Aqueles pacientes com paralisia pseudobulbar podem ter falta de percepção da presença da comida dentro da cavidade oral, fraca capacidade de julgamento do tamanho do bolo alimentar e da quantidade de mastigação requerida, distração ao tentar comer e falar ao mesmo tempo, o que pode ser agravado pela perda do controle voluntário sobre a sua deglutição (SMITHARD, 1999).

Quadro 20 – Referente empírico e conceitual do indicador Número de deglutições. Fortaleza, 2012

INDICADOR		MAGNITUDES				
NÚMERO DE DEGLUTIÇÕES	1	2	3	4	5	
<p>Definição conceitual: Quantidade de deglutições realizadas para completo clareamento da via digestiva após a introdução do bolo na cavidade oral.</p> <p>Referente empírico: Inicialmente observar a capacidade de o paciente realizar a deglutição de líquido (5 ml). Caso ele consiga, será fornecido o alimento na consistência pastosa (5 ml). O examinador deve observar, no paciente já com o alimento dentro da boca, a quantidade de deglutições efetivadas para a limpeza da cavidade oral, durante um minuto. Tal aspecto é observado pela:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ação da musculatura supra-hioide (em volta da mandíbula) enquanto deglute o líquido/pastoso e Lateralização e rotação da mandíbula para permitir a moagem/trituração do alimento pastoso/sólido. 2) Observação visual e tátil de elevação da laringe. 	Não ocorre deglutição.	Presença de quatro ou mais deglutições para completa limpeza da cavidade oral.	Presença de três deglutições para completa limpeza da cavidade oral.	Presença de duas deglutições para completa limpeza da cavidade oral.	Presença de uma única deglutição para completa limpeza da cavidade oral.	
<p>Referência da Revisão Integrativa: GATTO, A.R. Efeito do sabor azedo e da temperatura fria na fase oral da deglutição de pacientes com acidente vascular encefálico. Mestrado (Dissertação). 91p. Universidade Estadual de São Paulo. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2010. (CAPES) KIM, I.S.; HAN, T.R. Influence of mastication and salivation on swallowing in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. v.86, p.1986-1990, 2005 (PUBMED) MURGUIA, M.; COREY, D.M.; DANIELS, S.K.; Comparison of sequential swallowing in patients with acute stroke and healthy adults. Arch Phys Med Rehabil; v.90, p.1860-1865, 2009. (PUBMED) PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)</p>						
<p>Referência Complementar: FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999.</p>						

O número de deglutições é definido como a quantidade necessária para completa limpeza da cavidade oral após a introdução do bolo. A deglutição múltipla indica que, ao invés de deglutir o bolo em uma única massa coesa, apenas uma parte é deglutida, requerendo duas ou mais tentativas para que ocorra o completo clareamento da cavidade oral (PUERARI, 2011; MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009). Esta é uma forma compensatória utilizada pelo paciente para retirar os alimentos acumulados na valécula ou retidos na parede faríngea pelas alterações na movimentação do peristaltismo faríngeo (FURKIM; SANTINI, 1999).

O maior número de deglutições também é relacionado à insuficiente habilidade mastigatória e, assim, à demora na tentativa de ajustar as partículas de alimento ao tamanho adequado para deglutição. Dessa forma, o atraso para iniciar a deglutição poderia reduzir a viscosidade do bolo alimentar, o que poderia aumentar o risco de aspiração na população com AVC (GATTO, 2010).

Na única deglutição, o complexo da hiolaringe se eleva com a inversão da epiglote durante a deglutição acompanhada do rebaixamento dessa musculatura seguida do retorno vertical da epiglote para completar a deglutição. Nas múltiplas deglutições, são observados dois movimentos: 1) O complexo hiolaríngeo abaixa com retorno vertical da epiglote entre as deglutições; 2) observa-se uma parcial elevação da hiolaringe com a inversão contínua da epiglote entre as deglutições. A principal diferença consiste na localização do bolo alimentar durante a fase faríngea: na deglutição única ele fica no nível ou superior ao ângulo da mandíbula; nas múltiplas deglutições ele se posiciona na hipofaringe, fazendo com que o processo demore mais. A deglutição sequencial é mais observada principalmente na ingestão de líquidos e é um procedimento crítico, dada a possibilidade de haver aspiração, uma vez que esse processo é observado na deglutição de alimentos finos (MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009).

A deglutição incompleta é caracterizada quando o paciente mantém ou retorna para a cavidade oral parte ou todo o volume ingerido, após várias tentativas de deglutição. Isso pode ocorrer devido a barreiras à passagem do alimento no trânsito faríngeo, as quais podem decorrer de alterações na movimentação da parede faríngea ou no próprio esfíncter esofágico superior (FURKIM; SANTINI, 1999).

Na presença de deglutição atrasada ou ausente, podem acontecer escape prematuro do alimento e acúmulo na valéculas e recessos piriformes, causando aspiração antes de a deglutição faríngea ser iniciada (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

Para a avaliação de resíduos dentro da cavidade oral, considera-se o acúmulo de alimento em vestíbulo anterior, lateral, assoalho bucal e/ou superfície lingual após a deglutição. Adota-se a inspeção da cavidade oral, considerando normais resíduos até 25% do bolo ofertado (PUERARI, 2011).

Quanto mais demorada a deglutição, maior será o tempo de trânsito oral, o qual diferenciará de acordo com a consistência do alimento oferecido. Na revisão realizada foram encontradas algumas classificações para avaliação do processo de deglutição de líquido: adequado (tempo máximo de 4 segundos) e lento (tempo de trânsito oral ultrapassa 4 segundos) (PUERARI, 2011).

Quadro 21 – Referente empírico e conceitual do indicador Capacidade de desobstruir a cavidade oral. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
CAPACIDADE DE DESOBSTRUIR A CAVIDADE ORAL	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Capacidade de limpar a cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar.</p> <p>Referente empírico: Observar a limpeza da cavidade oral após a deglutição do alimento de consistência pastosa. Depois de 10 segundos, é realizada a inspeção da cavidade oral. Caso o paciente consiga deglutir o primeiro volume, serão oferecidos mais três volumes (pastosos, com 5 ml cada) para detecção da limpeza da cavidade oral.</p>	<p>Não consegue limpar a cavidade oral.</p>	<p>Paciente consegue limpar a cavidade oral na primeira tentativa, nas demais não consegue.</p>	<p>Paciente consegue limpar a cavidade oral nas duas primeiras tentativas, nas demais não consegue.</p>	<p>Paciente consegue limpar a cavidade oral nas três primeiras tentativas, na última não consegue.</p>	<p>Paciente consegue limpar a cavidade oral, em todas as tentativas.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa: ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES) HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. <i>Dysphagia</i>. v.23, p.59-64, 2008. (SCOPUS) MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. <i>Dysphagia</i>. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED). PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)</p>					
<p>Referência Complementar: JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999. COSTA, M.M.B.; CASTRO, L.P. Tópicos em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.</p>					

A Capacidade de desobstruir a cavidade oral está diretamente relacionada ao desempenho das fases preparatória oral e à oral propriamente dita. Alguns estudos apontam para a existência de aspiração de alimento para baixo das pregas vocais quando da existência de restos alimentares na boca após a deglutição (HAN et al., 2008; MANN; HANKEY, 2001).

O transporte do bolo na fase orofaríngea decorre da ação propulsiva da língua, que é propagada para os músculos constritores superiores até os inferiores da faringe. Tal ação provoca a limpeza de todos os resíduos na oro e na hipofaringe, exceto por alguns que podem se acumular nas valéculas ou recessos piriformes (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

A língua, pelo que já foi discutido, exerce importante papel nessas duas fases: leva o alimento para ser mastigado, junta esse alimento, contém o bolo formado, acomoda esse bolo e o propulsiona para trás. O total vedamento da cavidade oral ajuda a manter as forças de propulsão da língua necessárias ao transporte do bolo pela hipofaringe, esfíncter esofágico superior e para dentro do esôfago, demorando menos de um segundo (FURKIM; SANTINI, 1999).

Diante disso, alterações na sua motricidade, sensibilidade, forma ou tônus influenciam a organização e contenção do bolo dentro da cavidade oral, bem como na eficiência da ejeção oral e/ou desobstrução da cavidade oral (COSTA; CASTRO, 2003; JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). Alguns achados clínicos concomitantes à presença de restos alimentares dentro da cavidade oral podem ser sugestivos de alteração no desempenho da língua, como tempo de trânsito oral aumentado e tosse antes da deglutição (FURKIM; SANTINI, 1999).

A ativação do reflexo da deglutição também é fundamental para garantir a desobstrução da cavidade oral. Ele é desencadeado ao se tocar o pilar amigdaliano posterior. No entanto, há vários sensores na orofaringe que, em maior ou menor grau de sensibilidade, são capazes de desencadear o início da fase faríngea, diferente do que se descrevia há muito pouco tempo (DORIA et al., 2003).

Quadro 22 – Referente empírico e conceitual do indicador Controle postural. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
CONTROLE POSTURAL	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco.</p> <p>Referente empírico: Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, observar o alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra, fletida, hiperestendida ou com desvios para os lados direito ou esquerdo.</p>	<p>Não consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por até 1 minuto, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.</p>	<p>Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas não consegue manter a posição por até 1 minuto, mesmo com apoio.</p>	<p>Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição com apoio por até 1 minuto.</p>	<p>Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição sem apoio por até 1 minuto.</p>	<p>Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por 1 minuto ou mais.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa: ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES) BAYLOW, H.E; GOLDFARB, R.; TAVEIRA, C.H.; STEINBERG, R.S. Accuracy of clinical judgment of the chin-down posture for dysphagia during the clinical/bedside assessment as corroborated by videofluoroscopy in adults with acute stroke. Dysphagia; v.24, p.423-433, 2009. (PUBMED) PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)</p>					

O senso de posição da cabeça e, conseqüentemente, o alinhamento expresso pela postura corporal, é influenciado pela informação sensorial proprioceptiva dos receptores localizados no pescoço e pela informação advinda do sistema vestibular. Há uma extensa rede de conexões anatômicas entre as informações vestibulares e proprioceptivas do pescoço. Se a informação vestibular sobre a posição e o alinhamento da cabeça é imprecisa ou há uma falha na integração dela com o sistema nervoso central, um erro na posição da cabeça pode ocorrer, resultando em uma referência distorcida do senso da posição da cabeça e do pescoço (ARMSTRONG; MCNAIR; TAYLOR, 2008).

A importância de se avaliar o controle postural reside no fato de a alteração postural estar frequentemente associada à disfagia e à aspiração, podendo interferir na dinâmica da deglutição (DANIELS et al., 1999; SMITHARD, 1999).

Baylow et al. (2009) apresentaram que avaliação da deglutição pode ser realizada à beira do leito, examinando a estrutura dos movimentos, a fisiologia, as estratégias compensatórias e/ou as modificações posturais apresentadas pelo indivíduo. Esta última, no entanto, possui pouco efeito preditivo e necessita de rigor metodológico, para que todos os examinadores procedam à avaliação da mesma forma.

Puerari (2011), em seu estudo sobre avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após AVC, apresentou que a cabeça deve estar em alinhamento com o pescoço e o tronco, pois a flexão excessiva da cabeça e do tronco prejudica todas as fases da deglutição. Nesse estudo foi utilizado, como classificação normal, o paciente que mantinha a cabeça alinhada com o pescoço; alterado, aquele que a cabeça fazia algumas flexões, porém que conseguia posicioná-la de forma adequada rapidamente; e muito alterado, o paciente com a cabeça excessivamente fletida ou que não conseguia mantê-la alinhada.

Quadro 23 – Referente empírico e conceitual do indicador Mudança na qualidade da voz. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
MUDANÇA NA QUALIDADE DA VOZ	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Presença de alteração na tonalidade do som produzido.</p> <p>Referente empírico: Inicialmente, sem fornecimento de alimento, deve ser observada a tonalidade dos sons produzidos pelo paciente, ao solicitar que ele pronuncie, se possível, os números de 1 a 5. Se o paciente não conseguir falar, observar os ruídos que consegue emitir. Posteriormente, se o paciente não apresentar alterações na voz sem utilização de alimento, deve ser solicitado que degluta a sua própria saliva e os testes iniciais deverão ser repetidos. E se novamente ele não apresentar mudanças, solicitar a ingestão de um pequeno volume de água (5 ml) e observar a presença de alterações através dos mesmos testes.</p>	<p>Presença de voz molhada, com som borbulhante, sem ingestão da saliva e/ou líquido.</p>	<p>Presença de voz molhada, com som borbulhante, somente após a ingestão da saliva e/ou líquido.</p>	<p>Presença de voz soprosa ou rouca após a ingestão da saliva e/ou líquido.</p>	<p>Presença de rouquidão leve após a ingestão da saliva e/ou líquido.</p>	<p>Ausência de voz molhada, sem sopro ou rouquidão após a ingestão da saliva e/ou líquido.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa: BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). <i>Dysphagia</i>. v.20, p.303-310, 2005 (PUBMED) DANIELS, S.K.; BALLO, L.A.; MAHONEY, M-C.; FOUNDAS, A.L. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. <i>Arch Phys Med Rehabil</i>. v.81, p.1030-1033, 2000. (SCOPUS) MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. <i>Dysphagia</i>. v.16, p.208-215, 2001 (PUBMED). NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variable. <i>J Rehabil Med</i>. v.37, p.247-251, 2005 (PUBMED) PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES) SMITHARD, D.G. Dysphagia following stroke. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i>. v.9, p.81-93, 1999. (CINAHL) TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. The Gugging Swallowing Screen. <i>Stroke</i>. v.38, p.2948-2952, 2007 (PUBMED).</p>					
<p>Referência Complementar: JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C. de; BARROS, A.P. Tratado de deglutição e disfagia. No adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999.</p>					

A presença de alteração na voz acompanhada da ingestão de volumes de água ou mesmo da saliva é uma alteração comum que pode acontecer após a deglutição de pacientes com AVC (DANIELS et al., 2000). Observa-se que há uma relação direta entre a deglutição, a voz e a articulação, pois as estruturas que são responsáveis por essas três funções são praticamente as mesmas (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2009).

Podem ser encontrados os seguintes tipos de fonação, na análise da voz: pacientes com nenhum ou mínimos sons; sons gorgolejantes (voz molhada); voz soprosa; rouquidão leve; normal (BROADLEY et al., 2005; NISHIWAKI et al., 2005).

A presença de soprosidade reflete diretamente alterações de coaptação glótica e podem ser relacionadas à penetração e/ou aspiração laríngea durante a deglutição. A voz molhada, observada pela presença de secreção e/ou saliva durante a produção vocal, exprime que essas secreções não necessariamente estão localizadas sobre as pregas vocais, mas sobre todo o trato vocal. Já a voz de característica hipernasal reflete alterações no fechamento do esfíncter velofaríngeo e pode ter relação com refluxo nasal, principalmente de líquidos. Outro som produzido é o rouco-soproso, indicativo de alteração de coaptação glótica por paralisia de prega vocal. Quando este último vem associado à hipernasalidade pode indicar alterações altas de nervo vago, com comprometimento laríngeo superior (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2009).

Para a avaliação da qualidade vocal, pode ser solicitada ao paciente a emissão do fonema /e/ prolongado ou a contagem de números de 1 a 10 antes e após deglutição de saliva, visando identificar a presença ou ausência de voz molhada, caracterizada por um som borbulhante, indicativo de estase de secreções, líquidos ou alimentos no vestíbulo laríngeo (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2009; DANIELS et al., 2000).

Na presença de voz molhada, observa-se a percepção do indivíduo por meio da resposta de tosse e/ou pigarro espontâneo, indicando sensibilidade laríngea adequada; aqueles pacientes que não a percebem têm mais chances de aspiração. O pigarro é produzido por aproximação das pregas vocais e pode ser percebido como um 'ahem'. É necessário ressaltar a voz molhada com clareamento laríngeo espontâneo ou qualidade vocal rouco-soprosa, em associação com outras alterações observadas durante a avaliação, pois essas características estão frequentemente associadas ao aumento do risco de aspiração (DANIELS et al., 2000).

Portanto, as mudanças na voz após a deglutição são um dos sinais clínicos mais importantes para o levantamento de hipóteses relacionadas com a presença de penetração laríngea e risco de aspiração (FURKIM; SANTINI, 1999).

Quadro 24 – Referente empírico e conceitual do indicador Tosse. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
TOSSE	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexo ou voluntário), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após).</p>	Tosse voluntária e tosse reflexa ausente.	Tosse voluntária fraca ou ausente e presença de tosse reflexa após a deglutição.	Tosse voluntária fraca ou ausente e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.
<p>Referente empírico: Avaliar os seguintes pontos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tosse voluntária (solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e clarear a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e clarear a via aérea)); 2. Tosse Reflexa (observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição de um volume de 5 ml de água dentro da cavidade oral). 					
<p>Referência da Revisão Integrativa:</p> <p>ALVES, L.M.T. Influência do sabor na deglutição de pacientes com seqüela de acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. (CAPES)</p> <p>ANTONIOS, N.; CARNABY-MANN, G.; CRARY, M.; MILLER, L.; HUBBARD, H.; HOOD, K.; SAMBANDAM, R.; XAVIER, A.; SILLIMAN, S. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on the inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease</i>. v. 19, n. 1, p.49-57, 2010 (PUBMED)</p> <p>BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). <i>Dysphagia</i>. v.20, p.303-310, 2005 (PUBMED)</p> <p>DANIELS, S.K.; BALLO, L.A.; MAHONEY, M-C.; FOUNDAS, A.L. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. <i>Arch Phys Med Rehabil</i>. v.81, p.1030-1033, 2000. (SCOPUS)</p> <p>MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. <i>Dysphagia</i>. v.16, p.208-215, 2001 (PUBMED).</p> <p>MARTINO, R.; FOLEY, N.; BHOGAL, S. DIAMANT, N.; SPEECHLEY, M.; TEASELL, R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. <i>Stroke</i>. v.36, p.2756-2763, 2005 (PUBMED)</p> <p>NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. <i>J Rehabil Med</i>. v.37, p.247-251, 2005. (PUBMED)</p> <p>PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal</p>					

do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES)

SMITHARD, D.G. Dysphagia following stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*. v.9, p.81–93, 1999. (CINAHL)

THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. v.32, n.3, p.114-122, 2008. (SCOPUS)

TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *The Gugging Swallowing Screen*. *Stroke*. v.38, p.2948-2952, 2007 (PUBMED)

Referência Complementar:

FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, 1999.

JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. **Disfagia**: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

A tosse é uma resposta comandada pelo tronco cerebral que envolve um complexo arco reflexo que sempre se inicia após a estimulação de um determinado receptor presente na maior parte das vias aéreas: parede posterior da traqueia e carinas brônquicas (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

O nervo vago apresenta-se como o principal envolvido no estímulo da tosse, por meio dos ramos presentes na árvore traqueobrônquica e laringe (nervo laríngeo superior). Outros nervos envolvidos são glossofaríngeo, trigêmeo e frênico (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

Na presença da tosse são consideradas três características: o desencadeamento (reflexo ou voluntário), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a deglutição). A tosse voluntária refere-se à tosse produzida sob comando e não relacionada à aspiração. Avalia-se para determinar a habilidade do paciente para expelir material da via aérea durante a oferta de líquido ou pastoso, caso necessário (DANIELS et al., 2000).

A tosse efetiva envolve a captação de um volume de ar adequado através da inspiração, a qual garante uma maior tensão da musculatura expiratória a fim de gerar grandes pressões intratorácicas. No início da fase expiratória, a glote se fecha por quase 0,2 segundos, o que auxilia na manutenção de tensão mais vantajosa para a musculatura expiratória, embora não seja fundamental para a tosse efetiva. Após a abertura da glote, as altas pressões pleurais geradas ocasionam elevados fluxos expiratórios e estreitamento das vias aéreas centrais, e isso garantirá uma varredura mais efetiva da árvore brônquica (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

A tosse reflexa antes, durante ou após a deglutição é um sinal clássico de aspiração por disfagia orofaríngea, sendo indicadora da existência de sensibilidade na região laríngea e da habilidade de expectoração, embora sua presença não seja sinônimo de clareamento das vias aéreas (ANTONIOS et al., 2010). A diminuição do reflexo da tosse pode ocorrer devido a várias doenças neurológicas, como no AVC de tronco cerebral, o qual pode conduzir a uma perda da sensação faríngea, com consequente perda da resposta motora em relação ao material que penetra na laringe (FURKIM; SANTINI, 1999).

A presença de tosse antes ou durante a deglutição indica ocorrência de penetração laríngea, ou seja, presença de alimento no vestíbulo laríngeo. Entretanto, isso significa que o reflexo de tosse está presente e atuando como mecanismo de proteção. Já a tosse após a

deglutição é um sinal de que também está ocorrendo penetração laríngea pela presença de restos alimentares retidos em recessos faríngeos (FURKIM; SANTINI, 1999).

No caso da tosse e da mudança na qualidade da voz, elas devem ser acompanhadas até 1 minuto após a deglutição (NISHIWAKI et al., 2005). A tosse fraca voluntária em pacientes com AVC bilateral tem sido sugerida como um bom indicador de aspiração (SMITHARD, 1999).

Quadro 25 – Referente empírico e conceitual do indicador Refluxo nasal. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
REFLUXO NASAL	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Refluxo ou regurgitação de alimento para dentro da cavidade nasal.</p> <p>Referente empírico: Observar a evidência ou não, durante 1 minuto, de refluxo de alimento para dentro da cavidade nasal após a ingestão de alimento de consistência líquida ou pastosa, num volume de 5 ml.</p>	<p>Presença de refluxo nasal antes da ingestão das dietas oferecidas.</p>	<p>Presença de refluxo nasal após a ingestão da dieta pastosa oferecida.</p>	<p>Presença de refluxo nasal após a ingestão da dieta líquida e pastosa oferecida.</p>	<p>Presença de refluxo após a ingestão da dieta líquida oferecida.</p>	<p>Ausência de refluxo nasal.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa: MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. <i>Dysphagia</i>. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED) SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. <i>Pró-Fono Revista de Atualização Científica</i>. v.22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED)</p>					
<p>Referência Complementar: FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999.</p>					

O refluxo ou regurgitação nasal consiste no escoamento de líquidos ou outros alimentos para o nariz devido ao trabalho deficiente do palato mole e à impossibilidade de fechamento do esfíncter velofaríngeo (MANN; HANKEY, 2001).

Segundo Furkim e Santini (1999), o raciocínio clínico quanto ao comprometimento desse esfíncter utiliza informações referentes à fala e à deglutição. O único sinal clínico observado durante a dinâmica da deglutição é a presença ou ausência de regurgitação nasal. Quanto aos sinais evidenciados durante a produção da fala, é importante ressaltar que os mecanismos de fechamento velofaríngeo para esta função são diferentes do mecanismo de deglutição. Logo, nem todas as alterações observadas durante a produção da fala afetarão diretamente o processo da deglutição (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010).

Quadro 26 – Referente empírico e conceitual do indicador Desconforto com a deglutição do bolo. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
DESCONFORTO COM A DEGLUTIÇÃO DO BOLO	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.</p>	Apresenta todos os itens examinados.	Apresenta três dos itens examinados.	Apresenta dois dos itens examinados.	Apresenta apenas um dos itens examinados.	Não apresenta nenhum dos itens examinados.
<p>Referente empírico: Deve ser investigada a existência destes parâmetros, durante um intervalo de 1 minuto, inicialmente sem dieta, seguido da ingestão de volume de líquido e posteriormente de pastoso, ambos com 5 ml, caso o paciente não apresente desconforto na etapa anterior:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta; 2. Presença de tosse após a deglutição; 3. Presença de sufocação ou asfixia após a deglutição, evidenciada pela queda de 2% na saturação de oxigênio ou por uma redução na frequência respiratória ou por presença de cianose de extremidades; 4. Presença de engasgo após a deglutição. 					
<p>Referência da Revisão Integrativa: CAVALCANTE, T. F. Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. 2011. 190p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2011 (BDTD). REMESSO, G.C.; FUKUJIMA, M.M.; CHIAPPETTA, A.L.M.L.; ODA, A.L.; AGUIAR, A.S.; OLIVEIRA, A.S.B.; PRADO, G.F. Swallowing disorders after ischemic stroke. Arq Neuropsiquiatr. v.69, n.5, p.785-789, 2011 (PUBMED).</p>					

Para avaliar a deglutição, primeiro deve-se perguntar ao próprio paciente sobre a sua alimentação e a presença de dificuldade para deglutir. As queixas podem ser classificadas em suaves, se o paciente apresenta controle oral descoordenado e se a ejeção do bolo é lenta, sem tosse ou sufocação (queixas principalmente na mastigação), e severas, quando o paciente apresenta grande dificuldade para deglutir, com constante presença de tosse ou sufocação durante a alimentação (REMESSO et al., 2011).

Na avaliação alguns sinais clínicos percebidos poderão indicar uma dificuldade no processo de deglutição, como perda de líquido pela boca, dispraxia ou má coordenação dos músculos, tosse fraca, paralisia facial, atraso na elevação da faringe/laringe, falta de ar e mudanças na qualidade da voz após o ato de engolir (SINGH; HAMDY, 2006; PERRY, 2001).

Apesar de a tosse ser reconhecida como um mecanismo importante de proteção responsável pela manutenção da permeabilidade das vias aéreas (HAMMOND et al., 2001, 2009), a manutenção desse reflexo não pode ser utilizada sozinha para assegurar uma boa deglutição, logo, outras medidas e avaliações precisam ser realizadas (SINGH; HAMDY, 2005). Outros sinais relevantes são: perturbação ou perda da consciência, paralisia dos músculos utilizados na deglutição, distúrbios do apetite, comprometimento cognitivo, distúrbios de protusão da língua, ausência do reflexo de vômito e fraqueza muscular, como citado por Nakajima et al. (2010).

Ainda, segundo as evidências do desconforto com a deglutição, encontra-se a sufocação. Esta é definida como a obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, podendo levar à alteração da frequência respiratória, cianose e asfixia (HAMMOND et al., 2001, 2009).

No estudo de Cavalcante (2011), a oximetria de pulso foi apontada como método de avaliação de risco de aspiração, presença de sufocação ou asfixia após a deglutição, nas publicações analisadas. Dentre as pesquisas, foi citado o trabalho de Roffe (2001), o qual encontrou que dessaturação igual ou maior que 2% da média basal pode ser preditiva de aspiração com a sensibilidade de 87% e especificidade de 39%, quando comparadas aos indicadores clínicos de aspiração mostrados na videofluoroscopia. E também o trabalho de Ramsey, Smithard e Kalra (2003), o qual elencou que, quando o paciente apresenta desconforto com a deglutição, é observado o reflexo de bronconstrição, relação ventilação/perfusão afetada, o que proporciona hipóxia e a dessaturação de oxigênio.

Quadro 27 – Referente empírico e conceitual do indicador Elevação da laringe. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
ELEVAÇÃO DA LARINGE	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Excursão laríngea anterior e superior durante a deglutição.</p> <p>Referente empírico: Realizar o monitoramento da elevação da laringe de forma visual e digital (técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da mandíbula, dedo médio no osso hioide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireoide), após a deglutição de saliva.</p>	Elevação e anteriorização da laringe inexistentes.	Elevação e anteriorização da laringe fracas ou elevação laríngea que não atinja quase nenhum dedo do examinador.	Elevação laríngea que atinja menos de dois dedos do examinador.	Elevação e anteriorização da laringe moderadas e/ou movimentos laríngeos incoordenados.	Elevação e anteriorização durante a deglutição eficazes ou elevação laríngea que atinja, em média, dois dedos do examinador.
<p>Referência da Revisão Integrativa: HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. <i>Dysphagia</i>. v.23, p.59-64, 2008. (SCOPUS) MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. <i>Dysphagia</i>. v.16, p.208-215, 2001. (PUBMED) NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variable. <i>J Rehabil Med</i>. v.37, p.247-251, 2005. (PUBMED) PUERARI, V.R. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011. (CAPES) SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. <i>Pró-Fono Revista de Atualização Científica</i>. v.22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED) THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. <i>Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology</i>. v.32, n.3, p.114-122, 2008. (SCOPUS)</p>					
<p>Referência Complementar: FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono, 1999.</p>					

A elevação laríngea adequada facilita o fechamento vertical do vestibulo laríngeo, auxiliando na proteção das vias aéreas e na abertura da transição faringoesofágica, podendo ser monitorada com o posicionamento dos dedos indicador e médio sobre o hioide e a cartilagem tireoide. O monitoramento visual e digital dessa região também podem contribuir com interpretações sobre o desempenho oral associado ao disparo do reflexo de deglutição, inferindo o vigor da deglutição, bem como a trajetória do bolo (HAN; PAIK, 2008; NISHIWAKI et al., 2005; MANN; HANKEY, 2001).

O AVC em região lateral da medula contribui mais para a disfagia e a severidade é pior quando ele atinge sua parte frontal, pois compromete o alcance da excursão da hiolaringe, ao passo que, quando o AVC atinge a parte da região medial da medula, ele compromete o tempo de excursão da hiolaringe (BAYLOW et al., 2009; HUANG et al., 2009).

Além do componente gravidade do comprometimento cerebral, McMicken e Muzzy (2009) mostraram que a avaliação da ingestão e de deglutições de alimentos depende da dentição adequada, do *status* de força muscular do paciente e de coordenação. Para a ingestão de líquidos, observa-se o controle do bolo alimentar, além da força propulsora, o tempo de fechamento da laringe e progresso e elevação da laringe. Assim, é importante considerar esses fatores para atribuir uma dieta de acordo com a capacidade de consumir com segurança alimentos e líquidos.

A movimentação dissincrônica da laringe pode ser observada quando existe movimentação repetitiva e incompleta entre a movimentação de esfíncter labial, propulsão do alimento e a movimentação da laringe. Esse sinal relaciona-se com o comprometimento do reflexo da deglutição e da movimentação faríngea. A ausência de elevação da laringe reflete a ausência do disparo do reflexo (FURKIM; SANTINI, 1999).

A redução na elevação laríngea relaciona-se com os comprometimentos de fase oral que acarretam diminuição da movimentação posterior da língua, com o disparo do reflexo de deglutição e com os demais mecanismos que provocam dissincronismo entre as fases oral e faríngea (FURKIM; SANTINI, 1999).

Quadro 28 – Referente empírico e conceitual do indicador Aspiração. Fortaleza, 2012

INDICADOR	MAGNITUDES				
ASPIRAÇÃO	1	2	3	4	5
<p>Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.</p> <p>Referente empírico: Observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória:</p> <p>Disfonia: Avaliada por meio de parâmetros como a qualidade vocal e intensidade da voz.</p> <p>Disartria: Avaliada por meio da análise dos movimentos labiais, linguais, mandibulares e em atividades de fala de algumas palavras. Também é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças.</p> <p>Reflexo de vômito anormal: Avaliado por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente.</p> <p>Tosse voluntária anormal: Resposta diminuída ou ausente oferecida, quando o profissional de saúde pede ao paciente para tossir.</p> <p>Tosse depois da deglutição: Presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão de 5 ml de água.</p> <p>Mudança de voz depois da deglutição: Presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de volumes de água.</p>	<p>Presença de todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.</p>	<p>Presença de quatro sinais clínicos de aspiração respiratória.</p>	<p>Presença de três sinais clínicos de aspiração respiratória.</p>	<p>Presença de dois sinais clínicos de aspiração respiratória.</p>	<p>Ausência de sinais clínicos de aspiração.</p>
<p>Referência da Revisão Integrativa: BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). <i>Dysphagia</i>. v.20, p.303-310, 2005 (PUBMED) CAVALCANTE, T. F. Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. 2011. 190p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2011 (BDTD).</p>					

DANIELS, S.K.; BALLO, L.A.; MAHONEY, M-C.; FOUNDAS, A.L. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* v.81, p.1030-1033, 2000. (SCOPUS)

McMICKEN, B.L.; MUZZY, C.L. Prognostic indicators of functional outcomes in first time documented acute stroke patients following standard dysphagia treatment. *Disability and Rehabilitation.* v.31, n.26, p.2196-2203, 2009. (PUBMED)

NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. *J Rehabil Med.* v.37, p.247-251, 2005. (PUBMED)

RANSEY, D.; SMITHARD, D.; DONALDSON, N. KALRA, L. Is the gag reflex useful in the management of swallowing problems in acute stroke? *Dysphagia.* v.20, p.105-107, 2005 (PUBMED).

SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* v.22, n.3, p.317-324, 2010. (PUBMED)

ZART, P. A criostimulação nas disfagias orofaríngeas pós acidente vascular encefálico. *Dissertação (Mestrado).* 113p. Universidade Federal de Santa Maria. Centro das Ciências da Saúde. Santa Maria, 2008. (CAPES)

As dificuldades na deglutição têm uma prevalência de 18 a 81% na fase aguda do AVC, podendo permanecer até seis meses após o episódio, o que pode levar a um pior prognóstico. Também têm sido associadas com pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, incapacidade crônica, aumento do tempo de permanência hospitalar, aumentos dos custos hospitalares e mortalidade (REMESSO et al., 2011; ANTONIOS et al., 2010; EDMIASTON et al., 2010; HIROTA et al., 2010; BAYLOW et al., 2009; HAN et al., 2008; MARTINO et al., 2005; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

A aspiração é o aspecto mais severo da disfagia, definido como entrada de líquidos ou sólidos nas vias aéreas, abaixo das cordas vocais, sendo esse evento mais observado quando há deglutição de líquidos (BAYLOW et al., 2009; FALSETTI et al., 2009; MARQUES; ROSSO; ANDRÉ, 2008). Também é comum o aparecimento de penetração, principalmente durante as deglutições múltiplas, quando os alimentos se posicionam acima das cordas vocais, ocorrendo em aproximadamente 61% dos casos (MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009).

Entretanto, quando ocorre aspiração metade delas são silenciosas, o que contribui ainda mais para a morbidade e mortalidade (FALSETTI et al., 2009). A aspiração silenciosa é definida como a penetração da saliva ou alimento abaixo do nível das cordas vocais verdadeiras, sem tosse ou qualquer outro sinal externo de dificuldade (SMITHARD, 1999).

Quando o paciente apresenta aspiração, ele pode se encontrar desnutrido e desidratado, sendo maior a probabilidade de ele vir a desenvolver uma infecção, úlceras por pressão e um aumento também da probabilidade de morbidades e da mortalidade (SMITHARD, 1999).

Dentre as disfagias, a orofaríngea neurogênica é um distúrbio da deglutição que resulta em dificuldades na preparação, organização, ejeção e transporte de bolo alimentar através da orofaringe. É um dos principais fatores de risco para a pneumonia aspirativa e é mais evidenciada naqueles pacientes que apresentam doenças neurológicas, como Parkinson, Alzheimer, entre outras (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010), sendo evidenciada principalmente por exames à beira do leito (MARTINO et al., 2005).

Tal situação é muito comum em pacientes com AVC. A diferença na estatística quanto à sua prevalência depende do método diagnóstico utilizado, do tempo

após o AVC em que foi feita a avaliação e do sítio da lesão. Tal evento contribui para que sejam instalados no paciente tubos de alimentação enteral, como as gastrostomias ou sondas nasogástricas ou nasoenterais, as quais acabam por influenciar no aumento do seu tempo de permanência hospitalar (FALSETTI et al., 2009) e, portanto, na sua independência alimentar e na execução de atividades da vida diária (HORI et al., 2005; NISHIWAKI et al., 2005).

Outro ponto que faz com que o paciente com AVC necessite de suporte de alimentação enteral é quando ele não possui o reflexo do vômito, o qual representa severo rompimento do reflexo da fase faríngea da deglutição, resultando em persistente disfagia (RAMSEY et al., 2005). Essa situação também contribui para a aspiração e para a pneumonia, que pode ser evidenciada por tosse persistente com expectoração ou por outros sinais como: febre, taquipneia, consolidação focal, sendo confirmada pela imagem radiográfica (BROADLEY et al., 2005).

A disfagia incrementa o tempo de permanência dos pacientes no hospital e esse tempo é superior naqueles mais idosos, com pior função cognitiva, e naqueles que requerem mais tratamento (McMICKEN; MUZZY, 2009), provocando impacto na qualidade de vida (MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008; HORI et al., 2005; FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

Portanto, é durante a deglutição que os enfermeiros poderão observar se há vedamento labial; contenção oral; eficiência mastigatória; capacidade de medializar e posteriorizar o alimento; presença de refluxo nasal; elevação de laringe; número de deglutições; presença de resíduos alimentares e/ou secreção, presença de tosse, engasgos e/ou pigarros antes, durante ou após a deglutição; alteração do comportamento vocal; coordenação respiração-deglutição; e restrição alimentar, quanto ao tipo de dieta (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010).

Assim, a disfagia geralmente é associada com tosse após a deglutição, dificuldade respiratória, infecção pulmonar, comprometendo tanto a parte respiratória do indivíduo como a sua nutrição (PAIXÃO; SILVA; CAMERINI, 2010).

A partir da revisão integrativa da literatura e da análise de conceito, elaborou-se uma proposta para o RE Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral com 14 indicadores (Quadro 29).

Quadro 29 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da Análise de Conceito. Fortaleza, 2012

Estado da deglutição: Transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, através de uma estimulação sensitiva e motora.		
CAPTURA DOS ALIMENTOS		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente capturar todo o alimento e/ou líquido de um dispositivo.</p> <p>Referente empírico: Colocar um dispositivo (copo, colher, prato) contendo alimento e/ou líquido diante do paciente e observar se ele consegue capturar o conteúdo e levar até a boca, com precisão.</p>	1	Não consegue capturar o alimento mesmo com a ajuda de terceiros.
	2	Depende totalmente da ajuda de terceiros para capturar o alimento.
	3	Depende parcialmente da ajuda de terceiros para capturar o alimento.
	4	Necessita de adaptações para captar o alimento, as quais não envolvem ajuda de terceiros.
	5	Paciente consegue captar todo o alimento do dispositivo, sem adaptações ou ajuda de terceiros.
CAPACIDADE DE MASTIGAR		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Capacidade de o indivíduo iniciar o processo digestivo, o qual visa trituração e moagem dos alimentos, transformando-os em partículas menores para serem facilmente deglutidas.</p> <p>Referente empírico: Observar, inicialmente sem a utilização de dieta:</p> <p>1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula;</p> <p>2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de prensão dos lábios (o examinador pede para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar);</p> <p>3. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (fazer o paciente estender a língua o mais para frente possível e depois retrain); Lateralização (fazer o paciente tocar cada parte da boca, repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (com a boca toda aberta, fazer a língua tocar o palato, alternar elevação e depressão); b) Força da Língua (pedir ao paciente que faça resistência aos movimentos realizados pelo examinador, quando ele estiver empurrando sua língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo);</p> <p>4. BOCHECHA: a) sensibilidade: extraoral (solicitar que o paciente feche os olhos e toque com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intraoral (tocar com a espátula diferentes pontos com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique); b) tônus: o avaliador, usando uma luva, deve tocar a região da bochecha e verificar a sua tonicidade;</p> <p>5. PALATO: pedir ao paciente para produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários</p>	1	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.
	2	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.
	3	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.
	4	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.
	5	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.

<p>segundos, e observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, com a úvula permanecendo na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua para essa manobra);</p> <p>6. DENTES: Solicitar que o paciente abra a cavidade oral e inspecionar: a) Número (observar a quantidade de dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria, para que você possa observar a oclusão dos dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verifique a sua adaptação.</p>		
<p style="text-align: center;">PRODUÇÃO DE SALIVA</p> <p>Definição conceitual: Mecanismo fundamental para compactação do alimento que acabou de ser triturado, permitindo a formação do bolo alimentar.</p> <p>Referente empírico: O examinador, antes de fornecer o alimento ao paciente, deve solicitar a abertura da cavidade oral para proceder à inspeção da:</p> <p>1. Produção de saliva através dos ductos das glândulas parótidas (localizados junto ao segundo dente molar superior) e dos ductos das glândulas submandibulares e sublingual (localizados no assoalho bucal: Solicitar ao paciente que abra a boca e, com ajuda de uma espátula, visualizar os ductos das glândulas);</p> <p>2. Língua: pedir ao paciente que estenda a língua enquanto você inspeciona a umidade e presença de saburro (placa esbranquiçada, amarelada ou amarronzada, que se forma na parte posterior da língua).</p>		<p style="text-align: center;">MAGNITUDES</p> <p>1 Ausência de salivação e língua saburrosa.</p> <p>2 Ausência de salivação e língua sem saburro.</p> <p>3 Presença de salivação espumosa ou expectorante e língua saburrosa.</p> <p>4 Presença de salivação espumosa ou expectorante e língua sem saburro.</p> <p>5 Presença de salivação fluida e língua sem saburro.</p>
<p style="text-align: center;">MANUTENÇÃO DO CONTEÚDO ORAL NA BOCA</p> <p>Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral garantido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.</p> <p>Referente empírico: Inicialmente, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam:</p> <p>1-simetria labial;</p> <p>2-manutenção da comissura labial em relação ao sulco nasolabial;</p> <p>3- vedamento labial.</p> <p>4 - Posteriormente, com utilização do alimento (líquido= 5 ml), verifica-se se o paciente consegue controlar o conteúdo oral dentro da boca</p>		<p style="text-align: center;">MAGNITUDES</p> <p>1 Apresenta alterações nos quatro itens examinados.</p> <p>2 Apresenta alterações em três itens examinados.</p> <p>3 Apresenta alterações em dois itens examinados.</p> <p>4 Apresenta alterações em um dos itens examinados.</p> <p>5 Não apresenta alterações nos itens examinados.</p>
<p style="text-align: center;">FORMAÇÃO DO BOLO ALIMENTAR</p> <p>Definição conceitual: Consiste na acomodação e formação do bolo alimentar por meio de ação voluntária, envolvendo o movimento coordenado da língua e palato, vedação labial e trabalho dos dentes.</p> <p>Referente empírico: Inicia-se o teste com líquido (5 ml), caso o paciente consiga deglutir, será fornecido o alimento na consistência pastosa (5 ml). O examinador deve observar no paciente, já com o alimento dentro da boca, os seguintes aspectos, por 10 segundos:</p> <p>1. Contenção do alimento dentro da boca;</p> <p>2. Ação da musculatura supra-hioide (em volta da mandíbula) enquanto deglute o líquido/pastoso e</p>		<p style="text-align: center;">MAGNITUDES</p> <p>1 Paciente não consegue conter o alimento dentro da boca.</p> <p>2 Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, mas não apresenta nenhuma movimentação da musculatura/mandíbula, mesmo com estímulo do examinador.</p> <p>3 Paciente consegue conter o alimento dentro da</p>

Lateralização e rotação da mandíbula para permitir a moagem/trituração do alimento pastoso/sólido; 3. Início da formação do bolo: é observado assim que o alimento é colocado dentro da cavidade oral ou se necessita do estímulo do examinador para iniciar a mastigação.		boca, apresentando movimento débil da musculatura/mandíbula, após estímulo do examinador.
	4	Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, apresenta boa movimentação da musculatura hioide ou da mandíbula, após estímulo do examinador.
	5	Paciente consegue conter o alimento dentro da boca, apresenta boa movimentação da musculatura hioide ou da mandíbula, sem o estímulo do examinador.
NÚMERO DE DEGLUTIÇÕES	MAGNITUDES	
Definição conceitual: Quantidade de deglutições realizadas para completo clareamento da via digestiva após a introdução do bolo na cavidade oral. Referente empírico: Inicialmente observar a capacidade de o paciente realizar a deglutição de líquido (5 ml). Caso ele consiga, será fornecido o alimento na consistência pastosa (5 ml). O examinador deve observar, no paciente já com o alimento dentro da boca, a quantidade de deglutições efetivadas para a limpeza da cavidade oral, durante um minuto. Tal aspecto é observado pela: 1. Ação da musculatura supra-hioide (em volta da mandíbula) enquanto deglute o líquido/pastoso e Lateralização e rotação da mandíbula para permitir a moagem/trituração do alimento pastoso/sólido; 2. Observação visual e tátil de elevação da laringe.	1	Não ocorre deglutição.
	2	Presença de quatro ou mais deglutições para completa limpeza da cavidade oral.
	3	Presença de três deglutições para completa limpeza da cavidade oral.
	4	Presença de duas deglutições para completa limpeza da cavidade oral.
	5	Presença de uma única deglutição para completa limpeza da cavidade oral.
CAPACIDADE DE DESOBSTRUIR A CAVIDADE ORAL	MAGNITUDES	
Definição conceitual: Capacidade de limpar a cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar. Referente empírico: Observar a limpeza da cavidade oral após a deglutição do alimento de consistência pastosa. Depois de 10 segundos, é realizada a inspeção da cavidade oral. Caso o paciente consiga deglutir o primeiro volume, serão oferecidos mais três volumes (pastosos, com 5 ml cada) para detecção da limpeza da cavidade oral.	1	Não consegue limpar a cavidade oral.
	2	Paciente consegue limpar a cavidade oral na primeira tentativa, nas demais não consegue.
	3	Paciente consegue limpar a cavidade oral nas duas primeiras tentativas, nas demais não consegue.
	4	Paciente consegue limpar a cavidade oral nas três primeiras tentativas, na última não consegue.
	5	Paciente consegue limpar a cavidade oral, em todas as tentativas.
CONTROLE POSTURAL	MAGNITUDES	
Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco. Referente empírico: Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, observar o	1	Não consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por até 1 minuto, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.

alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra, fletida, hiperestendida ou com desvios para os lados direito ou esquerdo.	2	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas não consegue manter a posição por até 1 minuto, mesmo com apoio.
	3	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição com apoio por até 1 minuto.
	4	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição sem apoio por até 1 minuto.
	5	Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por 1 minuto ou mais.
MUDANÇA NA QUALIDADE DA VOZ		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Alteração na tonalidade do som produzido.</p> <p>Referente empírico: Inicialmente, sem fornecimento de alimento, deve ser observada a tonalidade dos sons produzidos pelo paciente, ao solicitar que ele pronuncie, se possível, os números de 1 a 5. Se o paciente não conseguir falar, observar os ruídos que consegue emitir. Posteriormente, se o paciente não apresentar alterações na voz sem utilização de alimento, deve ser solicitado que degluta a sua própria saliva e os testes iniciais deverão ser repetidos. E se novamente ele não apresentar mudanças, solicitar a ingestão de um pequeno volume de água (5 ml) e observar a presença de alterações através dos mesmos testes.</p>	1	Presença de voz molhada, com som borbulhante, sem ingestão da saliva e/ou líquido.
	2	Presença de voz molhada, com som borbulhante, somente após a ingestão da saliva e/ou líquido.
	3	Presença de voz soprosa ou rouca após a ingestão da saliva e/ou líquido.
	4	Presença de rouquidão leve após a ingestão da saliva e/ou líquido.
	5	Ausência de voz molhada, sem soprosidade ou rouquidão após a ingestão da saliva e/ou líquido.
TOSSE		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexo ou voluntário), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após).</p> <p>Referente empírico: Avaliar os seguintes pontos: 1. Tosse voluntária (solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e clarear a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e clarear a via aérea); 2. Tosse Reflexa (observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição de um volume de 5 ml de água dentro da cavidade oral).</p>	1	Tosse voluntária e tosse reflexa ausente.
	2	Tosse voluntária fraca ou ausente e presença de tosse reflexa após a deglutição.
	3	Tosse voluntária fraca ou ausente e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.
	4	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.
	5	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.
REFLUXO NASAL		MAGNITUDES
Definição conceitual: Refluxo ou regurgitação de alimento para dentro da cavidade nasal.	1	Presença de refluxo nasal antes da ingestão das

<p>Referente empírico: Observar a evidência ou não, durante 1 minuto, de refluxo de alimento para dentro da cavidade nasal após a ingestão de alimento de consistência líquida ou pastosa, num volume de 5 ml.</p>		dietas oferecidas.
	2	Presença de refluxo nasal após a ingestão da dieta pastosa oferecida.
	3	Presença de refluxo nasal após a ingestão da dieta líquida e pastosa oferecida.
	4	Presença de refluxo após a ingestão da dieta líquida oferecida.
	5	Ausência de refluxo nasal.
DESCONFORTO COM A DEGLUTIÇÃO DO BOLO.		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação[,] após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.</p> <p>Referente empírico: Deve ser investigada a existência desses parâmetros, durante um intervalo de 1 minuto, inicialmente sem dieta, seguido da ingestão de volume de líquido e posteriormente de pastoso, ambos com 5 ml, caso o paciente não apresente desconforto na etapa anterior: 1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta; 2. Presença de tosse após a deglutição; 3. Presença de sufocação ou asfixia após a deglutição, evidenciada pela queda de 2% na saturação de oxigênio ou por uma redução na frequência respiratória ou por presença de cianose de extremidades; 4. Presença de engasgo após a deglutição.</p>	1	Apresenta todos os itens examinados.
	2	Apresenta três dos itens examinados.
	3	Apresenta dois dos itens examinados.
	4	Apresenta apenas um dos itens examinados.
	5	Não apresenta nenhum dos itens examinados.
ELEVAÇÃO DA LARINGE		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Excursão laríngea anterior e superior durante a deglutição.</p> <p>Referente empírico: Realizar o monitoramento da elevação da laringe de forma visual e digital (técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da mandíbula, dedo médio no osso hioide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireoide), após a deglutição de saliva.</p>	1	Elevação e anteriorização da laringe inexistentes.
	2	Elevação e anteriorização da laringe fracas ou elevação laríngea que não atinja quase nenhum dedo do examinador.
	3	Elevação laríngea que atinja menos de dois dedos do examinador.
	4	Elevação e anteriorização da laringe moderadas e/ou movimentos laríngeos incoordenados.
	5	Elevação e anteriorização durante a deglutição eficazes ou elevação laríngea que atinja, em média, dois dedos do examinador.
ASPIRAÇÃO		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.</p> <p>Referente empírico: Observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória:</p> <p>1. Disfonia: Avaliada por meio de parâmetros, como a qualidade vocal e intensidade da voz;</p>	1	Presença de todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.
	2	Presença de quatro sinais clínicos de aspiração respiratória.
	3	Presença de três sinais clínicos de aspiração

<p>2. Disartria: Avaliada por meio da análise dos movimentos labiais, linguais, mandibulares e em atividades de fala de algumas palavras. Também é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças;</p> <p>3. Reflexo de vômito anormal: Avaliado por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente;</p> <p>4. Tosse voluntária anormal: Resposta diminuída ou ausente oferecida, quando o profissional de saúde solicita ao paciente para tossir;</p> <p>5. Tosse depois da deglutição: Presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão de 5 ml de água;</p> <p>6. Mudança de voz depois da deglutição: Presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de volumes de água.</p>		respiratória.
	4	Presença de dois sinais clínicos de aspiração respiratória.
	5	Ausência de sinais clínicos de aspiração.

4 CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E REFERENTES EMPÍRICOS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO

4.1 Considerações iniciais

Para completar a construção das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores dos resultados de enfermagem em estudo, o segundo foco foi o conceito de Aspiração. Para esta fase deveriam ser percorridas as mesmas etapas realizadas para analisar o conceito de Deglutição, entretanto como mencionado anteriormente a Revisão Integrativa prévia permitiu encontrar o trabalho de Cavalcante (2011), que estudou o conceito de aspiração especificamente em pacientes com AVC.

Ao avaliar esse trabalho, percebeu-se que ele seguiu com rigor os mesmos passos metodológicos da pesquisa atual e, além disso, como citado anteriormente, permitiu a esta pesquisadora participar como especialista de suas etapas de validação de conteúdo e clínica.

Em virtude disso, resolveu-se utilizar esse trabalho para construir as definições conceituais e os referentes empíricos do resultado de enfermagem Prevenção da aspiração, com autorização concedida pela autora do estudo para a elaboração desse material. Para complementar a construção atual, também foram utilizados livros texto, alguns artigos e teses selecionados na etapa anterior e a experiência da pesquisadora.

4.2 Resultados e discussão

Ao revisar o RE Prevenção da aspiração, encontraram-se nove indicadores na NOC: Identifica fatores de riscos, Evita fatores de riscos, Mantém a higiene oral, Posicionamento ereto para comer e beber, Posicionamento de lado para comer e beber quando necessário, Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição, Seleciona os alimentos e líquidos com a consistência adequada, Usa espessantes de líquidos se necessário, Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição (MOORHEAD et al., 2010).

Para melhor apreciação desse resultado foi incluído o indicador Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos, pois tanto a Análise Conceitual sobre Deglutição, como a de Aspiração de pacientes após AVC permitiram concluir que o tipo de utensílio que o paciente utiliza para colocar o alimento na boca também pode levá-lo ao desenvolvimento da aspiração. Além disso, foi excluído o indicador Evita fatores de risco por se acreditar que ele foi contemplado pelos demais indicadores, e os indicadores Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição, Seleciona os alimentos e líquidos com a consistência adequada e Usa espessantes de líquidos se necessário, como os indicadores Posicionamento ereto para comer e beber e Posicionamento de lado para comer e beber quando necessário foram agrupados, por serem considerados complementares pela avaliação das pesquisadoras envolvidas no estudo.

Muitos desses indicadores já foram previamente discutidos na etapa anterior e não foram novamente explanados, entretanto alguns pontos são merecedores de maior atenção, como: consistência dos alimentos e o posicionamento do paciente antes e após a sua refeição.

A partir da leitura do material de Cavalcante (2011), foi possível identificar alguns dos fatores para a aspiração respiratória de pacientes após AVC: Disfagia, Depressão do nível de consciência, Reflexo de tosse prejudicado ou ausente, Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer), Presbifagia, Uso de tubos gastrintestinais, Presença de refluxo gastroesofágico, Mobilidade corporal diminuída, Reflexo de vômito diminuído ou ausente e Procedimentos invasivos, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia, Uso de tubos endotraqueais/traqueostomia e Cabeceira do leito baixa.

Logo, as principais metas que se espera que o paciente e a família alcancem para prevenção da aspiração são a utilização de uma dieta o mais próximo do habitual do paciente antes do AVC, a ausência de infecções pulmonares por broncoaspiração e de desnutrição (PAIXÃO, SILVA, CAMERINI, 2010).

O sucesso da alimentação por via oral requer uma atividade cognitiva intacta, o que inclui áreas como percepção sensorial, atenção, memória, organização, julgamento, raciocínio e execução de funções. Os déficits nas habilidades cognitivas são comuns após o AVC e impactam negativamente no planejamento do tratamento, seleção das estratégias, configuração dos objetivos e no prognóstico dos pacientes. Pacientes com atividades físicas pobres e déficit cognitivo têm mais complicações 3 meses após o AVC (McMICKEN; MUZZY, 2009).

Em virtude disso, é importante ressaltar que a fisiologia da deglutição sofre efeitos da consistência, do volume, da temperatura e do sabor alimento, bem como é importante considerar o meio que o paciente utiliza para captar o alimento, seja da colher, do copo, da seringa ou do canudo (MURGUIA; COREY; DANIELS, 2009).

A consistência da dieta e o utensílio empregado para a captação modificam a eficácia da deglutição, pois esses meios nem sempre constituem uma boa opção para o paciente com disfagia, porque, dependendo do local da boca em que for colocado, o alimento dirige-se diretamente à faringe, encontrando as vias aéreas desprotegidas. Quando o paciente utiliza, por exemplo, o canudo para sugar o alimento, muitas vezes não consegue monitorar o volume que será tolerado por ele (JACOBI; LEVY, SILVA, 2000). Logo, o esforço realizado na ejeção do bolo alimentar tem relação direta com as qualidades físico-químicas do material a ser deglutido (MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008) e com o material utilizado para fazer tal atividade.

Ao pensar na posição em que o paciente deve ficar enquanto se alimenta, o adequado é que assuma a posição de Fowler alta, de 30 a 45° quando acamado, sentado numa cadeira, se possível, e, nos casos em que a posição de Fowler alta é contraindicada, permaneça na posição de decúbito lateral direito com a cabeça discretamente elevada. Essas posições evitam a aspiração do alimento para dentro dos pulmões e facilitam o fluxo para dentro do intestino (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

A elevação da cabeceira acima de 30 a 45° (se não houver contraindicações) constitui uma das atividades preconizadas pelo Institute for Healthcare Improvement (IHT), que foram lançadas na campanha americana de 2004, de “100 mil vidas salvas”,

a qual foi ampliada em 2006 para “5 milhões de vidas salvas” e que agora engloba a Organização Mundial de Saúde (IHT, 2006).

Nessas campanhas, os cuidados implantados de fisioterapia respiratória, cabeceira elevada de 30 a 45° e higiene oral mostraram-se medidas simples, exequíveis e de baixo custo, sendo o comportamento protetor para o desenvolvimento de pneumonia aspirativa. O foco dessas intervenções é evitar microaspirações de secreções subglóticas e prevenir a colonização da orofaringe com micro-organismos patogênicos exógenos (BERWICK et al., 2006).

No Quadro 30, a seguir, encontra-se a proposta para o RE Prevenção da aspiração de pacientes após acidente vascular cerebral, com seis indicadores.

Quadro 30 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da Análise de Conceito. Fortaleza, 2012

Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.			
Identifica fatores de risco	MAGNITUDES		
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente ou o seu cuidador identificar os fatores de risco para a aspiração respiratória.</p> <p>Referente empírico: Perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de alterações neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer); 2. Nível de consciência e orientação alteradas; 3. Dificuldade para deglutir; 4. Higiênização oral inadequada; 5. Uso de tubos gastrointestinais e/ou traqueais; 6. Reflexo de tosse prejudicado ou ausente; 7. Idade acima dos 60 anos; 8. Uso de medicação como sedativos; 9. Mobilidade corporal diminuída; 10. Cabeceira do leito baixa; 11. Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia; 12. Pneumonia recorrente. 	<p>1 Incapaz de identificar os fatores de risco.</p> <p>2 Capaz de identificar até três fatores de risco.</p> <p>3 Capaz de identificar de quatro a seis fatores de risco.</p> <p>4 Capaz de identificar de sete a nove fatores de risco.</p> <p>5 Capaz de identificar dez ou mais fatores de risco.</p>		
	Mantém a higiene oral	MAGNITUDES	
	<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda do cuidador ou somente o cuidador conseguir manter a cavidade oral do paciente limpa.</p> <p>Referente empírico: Observar se o paciente sozinho ou com a ajuda do cuidador consegue manter a cavidade oral limpa, através de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de restos alimentares; 2. Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou tártaros; 3. Ausência de sujidade na língua; 4. Mínimo de três higienizações oral realizadas por dia. 	<p>1 Não consegue manter nenhuma atividade.</p> <p>2 Consegue manter uma atividade.</p> <p>3 Consegue manter duas atividades.</p> <p>4 Consegue manter três atividades.</p> <p>5 Consegue manter todas as atividades.</p>	
		Posicionamento adequado para comer e beber	MAGNITUDES
		<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda do cuidador ou somente o cuidador manter o paciente em posicionamento ereto (30 a 45°) ou, se necessário, ficar de lado ao comer e/ou beber.</p> <p>Referente empírico: Perguntar ao paciente ou ao cuidador em qual posição o paciente</p>	<p>1 Incapaz de manter a posição ereta OU ficar de lado.</p> <p>2 Capaz de ficar com a cabeceira elevada, mas volta para a posição dorsal, OU ficar de decúbito lateral, mas voltando para a posição dorsal durante a refeição.</p>

fica para comer e beber, se em posicionamento ereto (30 a 45°) ou se fica em decúbito lateral direito, com a cabeça ligeiramente fletida quando não pode assumir a posição ereta.	3	Capaz de ficar com a cabeça elevada, mas com a altura muito baixa (até 30°), OU ficar de decúbito lateral esquerdo, com a cabeça ligeiramente elevada ou não, durante a alimentação.
	4	Capaz de ficar com a cabeça elevada, mas volta para posição mais baixa (até 30°), OU ficar de decúbito lateral direito, com a cabeça não elevada, durante a alimentação.
	5	Capaz de ficar com a cabeça elevada (30 a 45°) OU ficar de decúbito lateral direito, com a cabeça ligeiramente elevada, durante toda a refeição.
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda do cuidador ou somente o cuidador manter o paciente na posição ereta por 30 minutos após a refeição.</p> <p>Referente empírico: Perguntar ao paciente ou ao cuidador em qual posição o paciente fica após a refeição e por quanto tempo.</p>	1	Não permanece na posição ereta nem durante a refeição.
	2	Permanece na posição ereta após a refeição, mas imediatamente após abaixa a cabeça.
	3	Permanece na posição ereta após a refeição até 10 minutos.
	4	Permanece na posição ereta após a refeição de 10 a 20 minutos.
	5	Permanece na posição ereta após a refeição por 30 minutos ou mais.
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda do cuidador ou somente o cuidador selecionar alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos.</p> <p>Referente empírico: Perguntar ao paciente ou ao seu cuidador se:</p> <ol style="list-style-type: none"> Interrompe a alimentação na presença dos sinais de disfagia (dificuldade para deglutir, tempo aumentado de deglutição, sensação de alimento parado na garganta, tosse, engasgo, cianose, sudorese, escape de alimento pela boca, mudança na voz, regurgitação nasal, fadiga e desconforto respiratório); Solicita alteração da consistência dos alimentos na presença dos sinais de disfagia; Usa espessantes de líquidos se necessário; Mantém os alimentos com a mesma consistência, mas se alimenta mais devagar. 	1	Não realiza nenhuma atividade.
	2	Realiza uma atividade.
	3	Realiza duas atividades.
	4	Realiza três atividades.
	5	Realiza todas as atividades.
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos		MAGNITUDES
<p>Definição conceitual: Utiliza utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura de alimentos ou alimenta-se através de sondas gastrointestinais.</p> <p>Referente empírico: Perguntar ao paciente ou ao seu cuidador quais tipos de utensílios (copos, talheres, canudos, seringas) são utilizados para ofertar os alimentos durante a refeição do paciente ou se o paciente se alimenta através de sondas gastrointestinais; perguntar qual o tipo de recurso utilizado para fornecimento da dieta (bomba de infusão contínua, equipo, seringa) e o tempo para infusão da dieta.</p>	1	Utiliza canudos ou o alimento é fornecido através de seringas dentro da boca em todas as refeições, OU o alimento é fornecido na sonda através de seringas de forma rápida.
	2	Utiliza canudos ou o alimento é fornecido através de seringas dentro da boca na maioria das refeições, OU o alimento é fornecido na sonda através de seringas de forma lenta.
	3	Utiliza canudos ou o alimento é fornecido através de seringas dentro da boca na minoria das refeições, OU o alimento é fornecido na sonda através de

		equipo de forma rápida.
	4	Utiliza copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, OU o alimento é fornecido na sonda através de equipo de forma lenta.
	5	Utiliza copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, OU o alimento é fornecido na sonda através de bomba de infusão contínua.

CAPÍTULO 2 – Validação de conteúdo das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores dos resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para Hoskins (1989), após a elaboração das definições conceituais e referentes empíricos, tais elementos devem ser submetidos à validação por especialistas. Esta etapa, adaptada também para os estudos com outras taxonomias, visa à determinação de quais indicadores têm o melhor significado pretendido e, neste trabalho, representando exatamente os resultados relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração de pacientes após acidente vascular cerebral.

Na validação por especialista proposta por Hoskins (1989), o pesquisador deve obter opiniões de enfermeiros especialistas na temática para que atuem como juízes em relação à identificação de quais definições conceituais representam cada indicador e quais elementos podem ser indicativos da existência do resultado. Galdeano e Rossi (2006) definem como enfermeiro especialista ou perito ou *expert* (experto) aquele indivíduo detentor de conhecimento e habilidade baseados em estudos e na experiência clínica, e por isso justifica-se o seu critério de seleção.

Especificamente para estudos de validação por especialistas, conforme esclarece Hoskins (1989), os mencionados profissionais, além do profundo conhecimento da temática em estudo, devem compreender e utilizar sobremaneira a linguagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Para a execução desta fase, Hoskins (1989) preconiza a utilização de alguns pontos do modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring (1987). São pontos em comum os critérios de seleção de especialistas e a utilização do cálculo de média ponderal para determinar o grau em que seus componentes são indicativos dos indicadores do resultado e quais permanecerão ou serão excluídos da lista. Ademais, novos indicadores com suas respectivas definições poderão ser propostos e incluídos.

Fehring (1994), ao identificar a seleção dos especialistas como um dos passos mais complexos desse modelo de validação, sugeriu um sistema de critérios e pontuação para a seleção, sendo um dos mais empregados na literatura (CARVALHO et al., 2008).

Entretanto, a dificuldade de identificar enfermeiros especialistas no diagnóstico que se pretendeu validar é uma realidade brasileira. Isso se deve, principalmente, ao fato de o número de enfermeiros especialistas em uma determinada área ser reduzido, mas também pelo pequeno número de enfermeiros que utilizam diagnóstico de enfermagem na prática clínica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CARVALHO et al., 2008).

Assim, Galdeano (2007) considera que, para a validação de conteúdo, não se deve utilizar apenas enfermeiros especialistas em taxonomias de enfermagem, mas também outros profissionais com profundo conhecimento na temática que se está pesquisando.

Quanto ao tamanho da amostra dos especialistas, Hoskins (1989) não o menciona, e Fehring (1987) recomenda a seleção de uma amostra de 25 a 50 especialistas para realizar a validação de conteúdo com base em um sistema de pontuação. Para Pasquali (1998), um número de seis *experts* é suficiente para realizar esta tarefa e itens que não atingirem uma concordância de 80%, obviamente, apresentam problemas, sendo necessário o seu descarte do instrumento piloto.

Contudo, verifica-se que muitas pesquisas têm recorrido a uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra, por não existir um padrão para essa seleção. Tal fato pode influenciar de forma negativa no processo de validação, pois a adoção de critérios inadequados interfere na fidedignidade dos achados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

No presente estudo, para avaliação das definições conceituais e referentes empíricos submetidos aos especialistas, utilizaram-se os princípios da Psicometria, adotando os critérios de Pasquali (1999), uma vez que para se definir operacionalmente um indicador é necessária a utilização ou a construção de testes específicos para esse fim.

2 OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

- Verificar com especialistas a adequação dos indicadores relacionados aos resultados de enfermagem Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração e de seus conceitos e referentes empíricos que foram construídos para avaliação de pacientes após acidente vascular cerebral.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

3.1 Seleção e amostra de juízes

Para esta etapa foram selecionados juízes que atendessem aos seguintes critérios de seleção:

- Profissionais da área da saúde;
- Experiência profissional ou no ensino no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral ou com problemas de deglutição ou em unidades de cuidados críticos de no mínimo um ano.

Acredita-se que o trabalho com uma equipe multiprofissional possa contribuir substancialmente para o refinamento das definições levantadas na literatura. Além disso, nos resultados da Análise de Conceito evidenciou-se que poucas foram as pesquisas desenvolvidas somente por enfermeiros.

Os juízes foram localizados por meio dos programas de pós-graduação *stricto sensu* das áreas da saúde do Brasil e pela busca dos currículos através da Plataforma Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Também utilizou-se a estratégia da “bola de neve” como recurso para a seleção dos especialistas (POLIT; BECK, 2011).

Após seleção prévia, enviou-se carta-convite (APÊNDICE C), com vistas à apresentação da pesquisadora, à exposição dos objetivos da investigação e dos métodos a serem adotados, bem como das etapas da pesquisa das quais fariam parte. Em seguida ao aceite do convite, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

3.2 Coleta de dados

Os juízes selecionados receberam um questionário com três partes: Parte 1 – instruções sobre o material, Parte 2 – dados de identificação, e Parte 3 – avaliação dos elementos do Resultado de Enfermagem: título e definição, indicadores e definições conceituais e referentes empíricos.

Antes de submeter o material produzido aos juízes, ele foi enviado a cinco enfermeiros não pertencentes à amostra, mas que utilizam as taxonomias da NANDA-I, NIC ou NOC, com a finalidade de avaliar o instrumento de coleta de dados desta etapa quanto à clareza, à facilidade de leitura e à apresentação.

Após a adequação do instrumento, segundo as sugestões, o instrumento, com as definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores da NOC, foi submetido aos juízes. Nesse caso, o enfermeiro podia optar por participar da validação de conteúdo de um ou dos dois RE.

Para complementar a elaboração dos indicadores para avaliação do Estado da Deglutição e da Prevenção da aspiração, destinou-se espaço para que os especialistas pudessem acrescentar ou descrever melhor algum dos indicadores ou definições propostos para os resultados em estudo.

Cada definição conceitual e seus referentes empíricos, bem como o título de cada indicador foram avaliados de acordo com alguns dos princípios da Psicometria (PASQUALI, 1999):

Critério comportamental - O título do resultado, a sua definição conceitual e os referentes empíricos dos indicadores devem poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer: Vá e faça.

Critério de simplicidade - O título do resultado, a sua definição conceitual e os referentes empíricos dos indicadores devem expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.

Critério da clareza - O título do resultado, a sua definição conceitual e os referentes empíricos dos indicadores devem ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; daí, utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.

Critério da relevância - O título do resultado, a sua definição conceitual e os referentes empíricos dos indicadores devem ser consistente com o conceito em estudo e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.

Os juízes avaliaram cada indicador e as respectivas definições conceituais e referentes empíricos e atribuíram notas: -1 (para critério não atendido, ou seja,

definição/indicador não adequados); 0 (para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, definição/indicador de algum modo adequados) ou +1 (para critério atendido, ou seja, definição/indicador adequados).

Após preencher o material, solicitou-se ao que fosse avaliado também se cada indicador proposto era realmente válido para fazer a avaliação do Estado da deglutição e da Prevenção da aspiração dos pacientes após AVC.

3.3 Organização e análise dos dados

A partir do valor atribuído pelos juízes, ao avaliar a adequação de cada conjunto definição/magnitude operacional aos critérios psicométricos, foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), com um ponto de corte de 0,8.

Resultados de IVC entre 0,70 e 0,79 para qualquer dos critérios avaliados (título, definição conceitual ou referente empírico dos indicadores) foram revisados conforme sugestões dos juízes ou de acordo com o conhecimento da pesquisadora e de sua orientadora, para torná-los mais aptos a serem verificados no cenário clínico.

Para os indicadores que apresentaram IVC inferiores a 0,70 para todos os critérios avaliados, avaliou-se a recomendação dos juízes quanto a pertinência desse indicador no instrumento final. Tal atitude foi tomada devido ao reduzido número de juízes que realizaram a apreciação dos REs em estudo.

Os dados foram armazenados em planilha do *software* Excel, sendo posteriormente tabulados com auxílio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Portanto, os dados foram apresentados em suas frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, em concordância com as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada com o Protocolo de número 93/12 (ANEXO A). Foram observados em todas as etapas do estudo os princípios fundamentais da Bioética inerentes à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

4.1 Caracterização dos juízes

Para esta etapa do estudo foram convidados 35 juízes, entre enfermeiros e fonoaudiólogos, e houve o retorno de 14 profissionais (40%), os quais formaram a amostra final. Cinco deles avaliaram os dois resultados, seis examinaram somente o RE Estado da deglutição, e três, o RE Prevenção da aspiração. Destaca-se que um não respondeu à carta-convite e 20 aceitaram participar do estudo, mas não retornaram o instrumento dentro do prazo estabelecido.

Na Tabela 3 a seguir encontra-se o perfil dos juízes do presente estudo.

Tabela 3 – Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos juízes (n=14). Fortaleza, 2013

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	12	85,71
Masculino	02	14,29
Profissão		
Enfermeiro	13	92,86
Fonoaudiólogo	01	7,14
Localização geográfica		
Ceará	13	92,86
Outros estados	01	7,14
Titulação		
Especialista	03	21,43
Mestre	08	57,14
Doutor	03	21,43
Instituição de trabalho no último ano		
Instituição de ensino superior e hospital	08	57,14
Instituição de ensino superior	02	14,29
Hospital	03	21,43
Aluno de Pós-Graduação	01	7,14
Grupo de pesquisa sobre deglutição ou AVC		
Sim	12	85,71
Não	02	14,29
Trabalhos sobre deglutição ou AVC		
Sim	09	64,29
Não	05	35,71
Ensino sobre deglutição ou AVC		
Sim	08	57,14
Não	06	42,86
Assistência a pacientes críticos ou com AVC ou com problemas de deglutição		
Sim	14	100

	Média	DP¹
Idade (anos)	28,27	6,74
Tempo de formação profissional (anos)	6,64	6,72
Tempo de assistência a pacientes com AVC ou com problemas de deglutição (meses)	39,21	35,52
Tempo de ensino sobre AVC ou deglutição (meses)	42,05	39,49
Tempo de participação em projeto de pesquisa sobre a temática (meses)	55,42	37,80

¹DP – Desvio padrão.

No tocante às características dos juízes que avaliaram os resultados de enfermagem em estudo, destaca-se que a maioria era do sexo feminino (85,71%), com média de idade de 28,27 anos ($\pm 6,74$), residentes no Estado do Ceará (92,86%), enfermeiros (92,86%), com tempo de formação de 6,64 anos ($\pm 6,72$). A idade mínima encontrada foi 24 anos e a máxima 48 anos. O tempo mínimo de formação profissional foi de dois anos e o máximo de 27 anos.

Quanto ao estado profissional, 57,14% eram Mestres e 57,14% eram funcionários de instituição de ensino e de unidades hospitalares; 100% deles prestam/prestaram assistência a pacientes críticos ou com AVC ou com problemas de deglutição por 39,21 meses ($\pm 35,52$), e 57,14% lecionam/lecionaram disciplinas nessa área por aproximadamente 42,05 meses ($\pm 39,49$).

Além disso, 85,71% participam de grupos de pesquisa sobre a temática, por um período de 55,42 meses ($\pm 37,80$); 64,29% têm publicações na área de deglutição ou AVC (64,29%), destacando-se monografias de especialização, artigos, dissertações e teses.

Tal perfil de avaliadores foi similar aos de outros estudos que trabalharam com resultados de enfermagem, como o de Santos (2011), Moreira (2011), Vítor (2010) e Silva (2007). Como abordado anteriormente, diferentes aspectos têm sido considerados como essenciais para qualificar um profissional como especialista, tais como: número de anos de experiência clínica; tempo de graduação; grau de titulação; experiência com pesquisa; local de atuação; e áreas de atuação ou setores de trabalho.

Melo et al. (2011), em seu estudo de revisão sobre os critérios de seleção de especialistas para estudos de validação de fenômenos de enfermagem, encontraram 16 trabalhos, dos quais dois optaram pela versão original do modelo de Fehring; oito pelo modelo de Fehring adaptado; cinco estabeleceram critérios próprios; um utilizou outros referenciais metodológicos; e dois não especificaram os critérios.

Dentre os estudos de validação de resultados de enfermagem, Santos (2011), Moreira (2011), Vítor (2010) e Silva (2007) consideraram especialistas aqueles profissionais que obtivessem a nota mínima nos critérios de Fehring originais ou adaptados, já Seganfredo (2010) considerou especialista aquele profissional enfermeiro que tivesse amplo conhecimento prático tanto com o processo de enfermagem, como com a temática de pesquisa.

Observa-se que muitas pesquisas têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão de juízes na amostra, por não existir um padrão ouro para seleção de especialistas. Logo, selecionar um especialista pode se tornar uma tarefa difícil diante da lacuna, em muitos estados do país, de profissionais enfermeiros com titulação, experiência em terminologias de enfermagem e experiência clínica na área de interesse. A ausência desses critérios pode interferir na validade dos achados (MELO et al., 2011; GALDEANO; ROSSI, 2006).

No presente estudo uma das dificuldades encontradas foi trabalhar com a equipe multiprofissional, pois alguns dos profissionais de outras áreas não reconheceram que o processo de deglutição de pacientes com AVC poderia ser avaliado pelos enfermeiros, cabendo-nos, portanto, somente avaliar a presença de risco para aspiração.

Tal fato nos chamou bastante a atenção, pois cada vez mais tem se discutido a necessidade de trabalhar e pesquisar sobre uma visão multidisciplinar e multiprofissional, principalmente quando o foco é o paciente com AVC, o qual apresenta inúmeras limitações e dependências.

Além disso, estudar um conceito que muitas vezes é muito mais investigado por outros profissionais não enfermeiros permite-nos identificar quais as suas particularidades para ser incluído no cenário da Enfermagem, de forma que se tenha um instrumento válido, que possa ser utilizado por todos os que trabalham com essa clientela. Apesar do desafio e por saber que isso pode ter influenciado os resultados do estudo, realizou-se um amplo julgamento de todas as considerações que foram realizadas, as quais estão apresentadas nos tópicos a seguir.

4.2 Avaliação dos juízes das definições dos resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração

Foram encaminhadas aos juízes duas definições para os resultados estudados para escolha da mais adequada. Uma das definições era a proposta pela NOC (2010) e a outra foi obtida a partir da Análise de Conceito. Os resultados dessa avaliação encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Avaliação pelos juízes dos conceitos para os resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração. Fortaleza, 2013

CONCEITOS PARA O RESULTADO ESTADO DA DEGLUTIÇÃO	N	%
➤ Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago (NOC, 2010).	0	0
➤ Transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, através de uma estimulação sensitiva e motora (análise do conceito).	13	92,86
➤ Outro conceito	01	7,14
CONCEITOS PARA O RESULTADO PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO		
➤ Atos pessoais para prevenir a passagem de líquidos e partículas sólidas para os pulmões (NOC, 2010).	0	0
➤ Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior (análise do conceito).	8	100

A partir da Tabela 4, observa-se que as definições construídas com base na Análise de Conceito mostraram-se mais adequadas para os resultados de enfermagem estudados, quando comparadas com as definições da NOC.

Somente um dos juízes sugeriu mudança na definição do Estado da deglutição, sendo esta “Transporte de alimento, líquido ou saliva da boca até o estômago por meio de contrações rítmicas e harmônicas da musculatura da cavidade oral e orofaringe estimulados por impulsos nervosos, garantindo assim, a proteção da via aérea contra aspiração de contaminantes”. Apesar de ampla e contemplar os atributos necessários para a deglutição, ela também incorporou atributos do resultado Prevenção da aspiração, não a tornando específica, o que impediu o seu aproveitamento total.

A partir disso, é proposta a mudança das definições da NOC (2010) pelas definições construídas, apresentadas a seguir:

- ✓ *Estado da deglutição: Transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaringe.*

- ✓ *Prevenção da aspiração: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.*

dos indicadores dos resultados Estado da deglutição e Prevenção da aspiração

As Tabelas 5, 6 e 7 referem-se ao índice de validade de conteúdo relacionados aos critérios comportamental, simplicidade, clareza e relevância definidos pelos juízes quanto ao título, definição conceitual e referente empírico, respectivamente, para os resultados de enfermagem estudados.

De uma maneira geral, os resultados dos IVC foram baixo para alguns critérios avaliados. Isso ocorreu principalmente devido ao número reduzido de apreciação dos juízes. Ou seja, ao pontuar a nota baixa para algum dos itens, corroborava para um menor valor final dos IVC. Logo, a nota isolada dos Índice de validade de conteúdo não foram utilizadas como parâmetros únicos para apreciação da pertinência do indicador ou das definições elaboradas no instrumento final.

Tabela 5 – Índice de validade de conteúdo dos títulos dos indicadores em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2013

Indicadores	Comportamental	Simplicidade	Clareza	Relevância
Resultado Estado da deglutição (n=11)				
Captura dos alimentos	0,36	0,54	0,45	0,63
Capacidade de mastigar	0,82	0,82	0,91	0,82
Produção de saliva	0,82	0,82	0,82	0,64
Manutenção do conteúdo oral na boca	0,73	0,73	0,82	0,91
Formação do bolo alimentar	0,82	0,82	0,91	0,82

Número de deglutições	0,73	0,73	0,73	0,73
Capacidade de desobstruir a cavidade oral	0,45	0,45	0,36	0,36
Controle postural	0,82	0,82	0,73	0,91
Mudança na qualidade da voz	0,45	0,45	0,45	0,36
Tosse	1,00	1,00	1,00	1,00
Refluxo nasal	0,82	0,82	0,82	0,72
Desconforto com a deglutição do bolo alimentar	0,82	0,91	0,91	1,00
Elevação da laringe	0,72	0,72	0,72	0,82
Aspiração	0,91	1,00	1,00	0,91
Resultado Prevenção da Aspiração (n=8)				
Identifica fatores de risco	0,75	0,87	0,75	1,00
Mantém a higiene oral	1,00	0,87	0,75	1,00
Posicionamento adequado para comer e para beber	0,87	0,87	0,87	1,00
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	1,00	1,00	1,00	1,00
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	0,87	0,87	0,75	1,00
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos	0,87	1,00	0,87	1,00

A partir da Tabela 5, observa-se que 20 indicadores foram avaliados pelos juízes e muitos não concordaram com a adequação de alguns títulos para todos os critérios psicométricos avaliados, como Captura dos alimentos, Capacidade de desobstruir a cavidade oral e Mudança na qualidade da voz (IVC 0,70). Para tanto, foram sugeridas modificações no título ou a junção de alguns indicadores ou a sua exclusão, devido à dificuldade de avaliação no cenário clínico.

Tabela 6 – Índice de validade de conteúdo das definições conceituais em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2013

Definições Conceituais	Comportamental	Simplicidade	Clareza	Relevância
Resultado Estado da deglutição (n=11)				
Captura dos alimentos	0,45	0,45	0,45	0,64
Capacidade de mastigar	0,82	0,82	0,91	0,91
Produção de saliva	0,82	0,82	0,73	0,64
Manutenção do conteúdo oral na boca	0,82	0,82	0,91	0,91
Formação do bolo alimentar	0,82	0,82	0,73	0,73
Número de deglutições	0,54	0,45	0,45	0,45
Capacidade de desobstruir a cavidade oral	0,54	0,54	0,54	0,64
Controle postural	0,91	0,91	0,91	0,91
Mudança na qualidade da voz	0,27	0,36	0,36	0,09
Tosse	0,82	0,91	0,82	1,00
Refluxo nasal	0,73	0,82	0,82	0,73
Desconforto com a deglutição do bolo alimentar	0,82	0,82	0,82	0,91
Elevação da laringe	0,82	0,82	0,82	0,82
Aspiração	0,82	0,91	0,91	0,91
Resultado Prevenção da Aspiração (n=8)				
Identifica fatores de risco	0,87	0,87	1,00	1,00
Mantém a higiene oral	1,00	0,87	1,00	1,00
Posicionamento adequado para comer e para beber	0,87	0,75	0,75	1,00
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	1,00	0,87	0,87	1,00
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	0,87	0,75	0,62	1,00
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos	1,00	1,00	0,87	1,00

Ao se avaliar as definições conceituais, os juízes novamente consideraram que os indicadores Captura dos alimentos, Número de deglutições, Capacidade de desobstruir a cavidade oral e Mudança na qualidade da voz não atendiam a nenhum dos

critérios (IVC 0,70), devendo ser excluídos da avaliação ou então que poderiam ser agrupados.

Tabela 7 – Índice de validade de conteúdo dos referentes empíricos dos indicadores em relação aos critérios Comportamental, Simplicidade, Clareza e Relevância. Fortaleza, 2013

Referentes Empíricos	Comportamental	Simplicidade	Clareza	Relevância
Resultado Estado da deglutição (n=11)				
Captura dos alimentos	0,64	0,54	0,54	0,54
Capacidade de mastigar	0,91	0,54	0,72	0,72
Produção de saliva	0,91	1,00	1,00	0,91
Manutenção do conteúdo oral na boca	0,64	0,45	0,54	0,82
Formação do bolo alimentar	0,54	0,45	0,54	0,54
Número de deglutições	0,54	0,54	0,64	0,45
Capacidade de desobstruir a cavidade oral	0,73	0,73	0,73	0,73
Controle postural	0,91	0,73	0,73	0,82
Mudança na qualidade da voz	0,09	0,36	0,27	0,18
Tosse	1,00	1,00	1,00	0,91
Refluxo nasal	0,45	0,45	0,73	0,73
Desconforto com a deglutição do bolo alimentar	0,82	0,82	0,82	0,82
Elevação da laringe	0,54	0,73	0,82	0,91
Aspiração	0,54	0,54	0,54	0,64
Resultado Prevenção da Aspiração (n=8)				
Identifica fatores de risco	1,00	1,00	0,75	1,00
Mantém a higiene oral	0,87	1,00	0,62	1,00
Posicionamento adequado para comer e para beber	0,50	0,75	0,37	0,75
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	1,00	1,00	1,00	1,00
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	0,75	0,62	0,75	0,75
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos	0,50	0,75	0,75	0,75

Ao avaliar os resultados dos IVC para os referentes empíricos, eles se mostraram baixo para os seguintes indicadores do RE Estado da deglutição: Captura dos alimentos, Manutenção do conteúdo oral na boca, Formação do bolo alimentar, Número de deglutições, Mudança na qualidade da voz, Refluxo nasal e Aspiração. Já para o RE Prevenção da aspiração, o IVC foi inferior a 0,70 nos critérios comportamental e clareza para o indicador Posicionamento adequado para comer e para beber.

A seguir, realizou-se a apreciação de cada indicador estudado para melhor entendimento das alterações realizadas no instrumento. Salienta-se, no entanto, que os especialistas, mesmo considerando alguns itens como não adequados ou de algum modo adequados, não apresentaram justificativa para tal fato. Tal ponto dificultou a revisão do indicador e coube às pesquisadoras avaliar, a partir da análise de conceito e por suas experiências no cuidado a pacientes com AVC ou com dificuldade para deglutir, qual seria a melhor forma para apresentação do resultado final, a ser testado no ambiente clínico.

4.4 Análise dos títulos, definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores do resultado Estado da deglutição após validação de conteúdo

❖ Captura do alimento

A partir da leitura do indicador Captura do alimento e de suas definições (conceitual e referente empírico), os especialistas não o consideraram totalmente aplicável ao resultado Estado da deglutição (81,8%). Um dos especialistas sugeriu a sua retirada por considerar que o paciente com AVC pode apresentar alteração de sensibilidade ou motora e não conseguir pegar ou capturar os alimentos ou sustentar uma colher, mas ter a capacidade de deglutição normal, sem tosse ou outro tipo de desconforto.

Entretanto, como discutido na análise de conceito, alguns autores consideram que da própria dinâmica da deglutição deve ser avaliada a sua parte antecipatória ou ingestão dos alimentos, apesar de eles ressaltarem que tal processo pode ser influenciado pelo tipo de AVC que o paciente sofreu. Isso torna importante a sua avaliação, considerando os casos em que o paciente apresenta diminuição ou ausência da força ou sensibilidade, fazendo com que utilize adaptações para conduzir o

alimento até a boca ou o suporte de um cuidador (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003; JACOBSSON et al., 2000).

A maioria dos especialistas não considerou adequado o título do indicador, sugerindo como mudança a substituição do verbo *capturar* por “levar” ou “manusear”, e o acréscimo do destino final, no caso a boca. Para a definição conceitual, também consideraram pertinente modificar o verbo “capturar” e alterar a frase “Capacidade de o paciente capturar todo o alimento e/ou líquido de um dispositivo” para “Capacidade de o paciente pegar todo o alimento e/ou líquido contido em um utensílio e levar até a boca”. Quanto aos referentes empíricos, foi sugerido o esclarecimento de quais tipos de adaptações o paciente poderia fazer e a modificação do verbo “capturar”. Para as magnitudes operacionais, foi sugerida a alteração da redação para tornar mais uniforme a avaliação.

Apesar da avaliação dos especialistas e dos baixos valores para os IVCs, julga-se este indicador importante ao avaliar um paciente com AVC. Para torná-lo mais adequado as sugestões foram acatadas e estão apresentadas a seguir.

Capacidade de levar os alimentos até a boca		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente levar todo o alimento e/ou líquido contido em um utensílio até a boca.		
Referente empírico: O examinador deverá colocar um utensílio (copo, colher, prato) contendo o alimento (dieta pastosa) diante do paciente e observar se ele consegue pegar o conteúdo e levar até a boca. Deve-se verificar se ele faz isso sozinho, com ajuda de terceiros ou se faz adaptações, <u>deve-se verificar como ele aproxima a boca do utensílio, deve-se verificar como ele utiliza material apropriado que favoreça a pega do utensílio.</u>	1	Não consegue pegar o alimento mesmo com a ajuda de terceiros e/ou adaptações.
	2	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas depende totalmente da ajuda de terceiros.
	3	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas depende parcialmente da ajuda de terceiros.
	4	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas necessita de adaptações, as quais não envolvem ajuda de terceiros.
	5	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, sem adaptações ou ajuda de terceiros.

❖ Capacidade de mastigar

Todos os especialistas consideram esse indicador aplicável para a avaliar o Estado da deglutição, entretanto propuseram algumas mudanças, como a alteração do título “Capacidade de mastigar” para “Avaliação estrutural da mastigação”.

Costa e Castro (2003) corroboram com essa informação ao mencionarem que, para avaliar a dinâmica da deglutição, fazem-se importantes as avaliações

estrutural e funcional da mastigação. A primeira tem o objetivo de verificar alterações quanto à forma, tonicidade e mobilidade que possam prejudicar a eficiência da mastigação, como lábios, dentes, língua, mandíbula, palato, laringe, reflexos, sensibilidade e gustação. No entanto, nem todas precisam ser avaliadas. Na avaliação funcional observam-se a eficiência de captação; preparação do bolo; utilização de manobras posturais para facilitar a deglutição; número de deglutições; elevação laríngea; presença de tosse, engasgo ou outros sinais de penetração laríngea/aspiração traqueal; escape oral; e regurgitação nasal. Além disso, devem-se observar também: tempo gasto na refeição, a presença de resíduos na cavidade oral e a modificação na qualidade vocal.

Jotz, Angelis e Barros (2009) afirmam que, para a avaliação da mastigação, quando possível, é importante destacar: o local da mordida, os movimentos da mandíbula, o preparo do bolo e a retenção oral. Como algumas dessas etapas serão discutidas por outros indicadores, torna-se importante avaliar a estrutura sensório-motora oral, conforme apresentado no indicador.

Sendo assim, foi alterada a definição conceitual para “Avaliação da integridade das estruturas da mastigação necessárias para o início do processo digestivo”, conforme a recomendação de um especialista. Com a mudança do título do indicador, segundo o mesmo, os referentes empíricos construídos tornam-se adequados.

As sugestões foram acatadas e o indicador foi mantido, conforme apresentação a seguir.

Avaliação estrutural da mastigação		
Definição conceitual: Avaliação da integridade das estruturas da mastigação necessárias para o início do processo digestivo.		
Referente empírico: O examinador deverá observar sem a utilização de dieta: 1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula; 2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de prensão dos lábios. O examinador deverá pedir para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar; 3. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (pedir para o paciente estender a língua o mais para frente possível e depois retrain); Lateralização (pedir para o paciente tocar cada parte da cavidade oral, mantendo a boca fechada, repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (pedir para o paciente deixar a boca toda aberta e fazer a língua tocar o palato e depois retornar à posição anatômica, alternar	1	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.
	2	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.
	3	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.
	4	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.
	5	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.

<p>elevação e retorno); b) Força da Língua: o examinador irá testar com o paciente mantendo a boca aberta. Pedir que faça resistência aos movimentos realizados de empurrar a língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo;</p> <p>4. BOCHECHA: a) sensibilidade: extraoral (solicitar que o paciente mantenha os olhos fechados. O examinador deve tocar com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intraoral (Também avaliada com olhos fechados. O examinador deverá tocar com a espátula diferentes pontos da cavidade oral com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique.); b) tônus: (o examinador, usando uma luva, deverá tocar a parte interna das bochechas e verificar a sua tonicidade);</p> <p>5. PALATO: o examinador deverá pedir para o paciente abrir a boca, produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários segundos. Observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, com a úvula permanecendo na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua com espátula para facilitar a visualização);</p> <p>6. DENTES: O examinador deverá solicitar que o paciente abra a boca e então deverá inspecionar quanto aos dentes: a) Número (observar a quantidade de dentes; normal 28 dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria, para observar a oclusão dos dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verificar a sua adaptação.</p>	
--	--

❖ Produção de saliva

Quanto à aplicabilidade desse indicador na avaliação da deglutição, dois especialistas não o consideraram importante, pois segundo eles “A produção de saliva” não é uma característica que se encontre alterada nos pacientes com AVC, mas sim a dificuldade em conter a saliva dentro da cavidade oral, o que acaba contribuindo para o desenvolvimento de sialorreia.

Segundo Kim e Han (2005), em seu estudo para completar a validação de um novo *screening* para detectar disfagia de pacientes na fase aguda do AVC, um dos pontos de avaliação foi observar se o paciente controla a saliva (presença de escape de saliva de um dos lados da boca). Para eles, a mastigação incrementa o fluxo salivar após estimular de forma lenta os mecanorreceptores na membrana periodontal. Isso ocorre porque, após um AVC, os pacientes que apresentam problemas na sua capacidade de deglutição precisam aumentar o número de mastigações para ajustar o tamanho do alimento a ser deglutido. Esse fato ocasiona atraso no início da deglutição e

consequentemente na viscosidade do alimento, e pode facilitar o risco de aspiração desses pacientes.

Remesso et al. (2011) concordam com essa afirmação e enumeram que os problemas para o controle da salivação, ao lado do aumento da idade, severidade do AVC, qualidade da voz alterada, reflexo palatino anormal, diminuição ou ausência da tosse, tosse voluntária anormal, tosse enquanto deglute são bons preditores de alterações da deglutição. Mais uma vez percebe-se que o problema é o controle da saliva e não a sua produção.

Não houve proposta de mudança para o título, definição conceitual e referente empírico, mas houve a sugestão de junção desse indicador com o de “Manutenção do conteúdo oral”, o que foi acatado e será apresentado posteriormente.

❖ **Manutenção do conteúdo oral na boca**

Todos os especialistas consideraram que este item era apropriado para a avaliação do Estado da deglutição, entretanto ele não apresentou IVC adequado (igual ou acima de 0,80) para alguns itens de avaliação do título, da definição conceitual e dos referentes empírico.

Para o título, foi sugerido mudar a expressão “Manutenção do conteúdo oral na boca” por “Capacidade de manter o conteúdo oral na boca”. Na parte da definição conceitual, sugeriu-se a troca do termo “garantido” pelo “favorecido”.

Quanto aos referentes empíricos, sugeriu-se a retirada da avaliação com líquidos, pois não há um consenso na literatura sobre qual o melhor volume para avaliar a capacidade de o paciente deglutir líquidos, sem colocá-lo em risco de aspiração. Além disso, foi citado que o paciente com AVC apresenta muitos problemas para reter o líquido na cavidade oral e que este pode escapar prematuramente para hipofaringe e causar engasgos/penetração/aspiração. Sendo assim, melhor avaliar a presença de sialorreia.

Outro ponto merecedor de atenção foi referente à expressão “manutenção da comissura labial em relação ao sulco nasolabial”, considerada pouco clara para alguns especialistas, que sugeriram a mudança para “manutenção da comissura labial em relação ao eixo horizontal”.

A “Capacidade de manter o conteúdo oral na boca” é garantida pelo vedamento labial. Tal movimento é importantíssimo para o início do mecanismo

pressórico durante a deglutição, ajudando a manter as forças de propulsão necessárias para o transporte do bolo através da hipofaringe, esfíncter esofágico superior e para dentro do esôfago (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). A ausência ou diminuição desse fechamento labial altera a relação pressórica que esta válvula executa com os demais esfíncteres presentes na dinâmica da deglutição (esfíncter velofaríngeo, pregas vocais e esfíncter esofágico superior), maximizando a ineficiência da propulsão oral (FURKIM; SANTINI, 1999).

Assim, as mudanças propostas foram acatadas e uma nova apresentação do indicador foi feita, incorporando o indicador Produção da saliva.

Capacidade de manter o conteúdo oral na boca		
Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral favorecido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.		
Referente empírico: O examinador deverá, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam: 1. Simetria labial; 2. Manutenção da comissura labial em relação ao eixo horizontal; 3. Vedamento labial; 4. Sialorreia.	1	Apresenta alterações nos quatro itens examinados.
	2	Apresenta alterações em três itens examinados.
	3	Apresenta alterações em dois itens examinados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens examinados.
	5	Não apresenta alterações nos itens examinados.

❖ Formação do bolo alimentar

O indicador “Formação do bolo alimentar” foi um dos menos citados pelos especialistas como pertinente para avaliação do Estado da deglutição (72,7%). Apesar de apresentar valores de IVC adequados para o título e definição conceitual, o mesmo não se repetiu para os referentes empíricos.

A justificativa apresentada pelos especialistas é que consideraram que ele envolve aspectos que já foram avaliados pelos indicadores Capacidade de mastigar e Manutenção do conteúdo oral na boca. Outro aspecto também discutido foi a dificuldade de se examinar esse indicador no cenário clínico, pois eles consideraram que é uma avaliação clínica subjetiva e a observação da mastigação não nos permite inferir se o paciente conseguiu realmente efetivar a formação do bolo.

Outro especialista sugeriu mudanças na disposição das magnitudes operacionais com relação à: necessidade de uniformização da redação, reformulação da magnitude 1 (Paciente não consegue conter o alimento dentro da boca), a qual já consta

na avaliação da Manutenção do conteúdo oral na boca e exclusão da frase “paciente consegue conter o alimento dentro da boca” de todas as magnitudes.

Após uma leitura minuciosa e depois de atender todas as reformulações propostas, julgou-se que o indicador era contemplado por outros indicadores e que sua avaliação em cenário clínico não seria precisa. Dessa forma, o indicador Formação do bolo alimentar foi excluído da avaliação final.

❖ **Número de deglutições**

Para todos os itens de avaliação (título, definição conceitual e referente empírico), os IVCs foram abaixo de 0,80, o que indicaria a exclusão desse indicador da avaliação do cenário clínico. No entanto, algumas modificações foram propostas pelos especialistas para torná-lo mais claro e simples, como a mudança da definição conceitual de “Quantidade de deglutições realizadas necessárias para completo clareamento da via digestiva após a introdução do bolo na cavidade oral” para “Quantidade de deglutições realizadas necessárias para completa limpeza da cavidade oral”.

Outras mudanças foram indicadas para tornar o referente empírico mais claro, simples e relevante. Os especialistas inicialmente propuseram que a avaliação fosse feita somente com o alimento na consistência pastosa, para diminuir o risco de aspiração. Depois foi sugerido que apenas o segundo referente fosse utilizado (observação visual e tátil de elevação da laringe). E, no tocante às magnitudes, que a primeira se referisse a deglutições múltiplas, o que consiste no pior resultado.

Novamente alguns especialistas questionaram a pertinência deste item para avaliar o Estado da deglutição (72,7%). Consideraram que se torna difícil na prática clínica quantificar a deglutição, pois a observação visual e tátil não é suficiente para contabilizar o número de deglutições. Além disso, mencionaram que tanto os indicadores Capacidade de mastigar, como Capacidade de desobstruir a cavidade oral contemplam este item. Sendo assim, tal indicador foi excluído da avaliação final.

❖ **Capacidade de desobstruir a cavidade oral**

Apesar de se apresentar bem pertinente segundo os especialistas, como indicador do Estado da deglutição (90,9%), o indicador Capacidade de desobstruir a

cavidade oral não apresentou IVC adequado para o título, definição conceitual e referentes empíricos.

A primeira justificativa para tal fato ocorrer foi que os especialistas não consideraram que o indicador atendia aos aspectos de simplicidade e clareza. Para um deles, ele representou a ideia de que outra pessoa retira ou o próprio paciente retira mecanicamente restos alimentares da cavidade oral. Outro considerou que o título do indicador não estava adequado, pois para obstruir a cavidade oral seria necessário um objeto muito grande e pela maleabilidade das estruturas dificilmente teríamos esta situação. O último especialista afirmou que o título não deixava clara a ideia de desobstrução: se constava de um processo mecânico de retirada (com as mãos), se do próprio do ato de deglutir ou se o paciente simplesmente cuspiu o alimento. Apenas um especialista sugeriu como título mais adequado “Limpeza da cavidade oral”.

Outro especialista também sugeriu alteração do termo “limpar” da definição conceitual para “depurar” ou “ausência de resíduos”. Quanto aos referentes empíricos, não foi proposta nenhuma mudança.

Segundo a literatura, para se avaliar a Capacidade de desobstruir a cavidade oral são necessários exames instrumentais como a videofluoroscopia, pois tais movimentos não são observados à beira do leito (FURKIM; SANTINI, 1999).

Com base em toda essa análise, decidiu-se acatar as sugestões dos especialistas e reformular este indicador.

Limpeza da cavidade oral		
Definição conceitual: Ausência de resíduos na cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar.		
Referente empírico: Inicialmente, o examinador deverá observar a limpeza da cavidade oral. Caso esteja limpa e o paciente consiga manter o conteúdo oral na boca, será oferecida uma dieta de consistência pastosa (5 ml). Nesse momento, o examinador deverá observar a ação da musculatura supra-hioide (ao redor da mandíbula), lateralização e rotação da mandíbula enquanto deglute o alimento e a quantidade de tentativas que ele faz para esvaziar o conteúdo oral. Depois de 1 minuto, é realizada uma nova inspeção da cavidade oral para verificar se ele conseguiu esvaziá-la.	1	Paciente se encontra com a cavidade oral suja, antes do oferecimento da nova dieta.
	2	Paciente consegue manter o alimento na boca, mas não apresenta nenhuma ação da musculatura.
	3	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura, mas não consegue esvaziar a cavidade oral.
	4	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura, consegue esvaziar a cavidade oral em mais de uma tentativa.
	5	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura, consegue esvaziar a cavidade oral em uma tentativa.

❖ Controle postural

Todos os especialistas consideraram pertinente para a avaliação do Estado da deglutição o indicador Controle postural. No entanto, ele apresentou baixos IVCs para os critérios simplicidade e clareza dos referentes empíricos.

Para tanto, foram propostas algumas alterações, como a inclusão do termo “controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo” no título do indicador. E a reformulação na redação das magnitudes operacionais, trocando as expressões “não consegue” por “é incapaz” e “consegue” por “capaz de”. Além disso, foi solicitado reformular a expressão “até” e o tempo de 1 minuto para “**por 1 minuto ou mais**” e “**pelo tempo mínimo de 1 minuto**”, já que períodos maiores não seriam indicativos de problema, e aplicar os aos níveis 1, 2 e 3.

Com base no exposto, sugere-se a adequação deste indicador para avaliação nos pacientes após AVC.

Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo		
Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco.		
Referente empírico: Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, o examinador deverá observar o alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra.	1	Incapaz de alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.
	2	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas é incapaz de manter a posição pelo tempo mínimo de 1 minuto, mesmo com apoio.
	3	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, com apoio, por 1 minuto ou mais.
	4	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, sem apoio, por 1 minuto ou mais.
	5	Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por 1 minuto ou mais.

❖ Mudança na qualidade da voz

A avaliação do indicador Mudança na qualidade da voz apresentou como resultado valores de IVC inferiores a 0,80 para todos os critérios de avaliação referentes ao título, definição conceitual e referente empírico e somente 54,5% dos especialistas consideraram aplicável ao paciente com AVC. Dessa forma, o indicador deveria ser excluído da avaliação do resultado. Aqueles que consideraram não pertinentes salientaram que, na prática clínica, observa-se alteração na voz sem a dificuldade de

deglutição, que não há parâmetros de análise perceptual acústica para inferências deste tipo. Além disso, consideraram que este parâmetro está sendo objeto de muita controvérsia.

Apesar disso, é reconhecida a importância de verificar a alteração na qualidade da voz em pacientes após AVC para reconhecer o risco ou a presença de aspiração, a qual constitui um estágio avançado da dificuldade para deglutir, como foi observado na análise de conceito. No entanto, resolveu-se retirar este indicador da versão revisada e utilizá-lo com um critério para avaliação do indicador Aspiração, que será apresentado posteriormente, seguindo as sugestões propostas pelos especialistas.

❖ Tosse

O indicador Tosse apresentou IVC iguais ou superiores a 0,80 e foi considerado por todos os especialistas como pertinente para avaliação do Estado da deglutição.

Um dos especialistas afirmou que em pacientes com AVC ou com outros problemas neurológicos muitas vezes a avaliação da tosse voluntária está comprometida. O indicador é adequado, porém em pacientes com AVC só pode ser verificado se estiverem conscientes, orientados e cooperativos.

Mesmo atendendo aos critérios de adequação, foram sugeridas reformulações para torná-lo mais claro: na descrição da definição conceitual, esclarecer o momento em que ocorre a tosse “antes, durante ou após a deglutição”, e trocar o termo “clarear” por “limpar” no referente empírico. E, como já foi exposto, na avaliação deste indicador não será realizada a avaliação com líquido, somente com alimento na qualidade pastosa.

Cavalcante (2011), em sua Análise de Conceito, destacou que a diminuição ou ausência de reflexo de tosse é um fator de extrema importância para o desenvolvimento da microaspiração e que quando alterada ou ausente aumentou em sete vezes a probabilidade de os pacientes avaliados com AVC apresentarem o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

As alterações propostas foram acatadas e o indicador reformulado.

Tosse
Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexa ou voluntária), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a deglutição do bolo

alimentar).		
Referente empírico: O examinador deverá avaliar os seguintes pontos: 1. Tosse voluntária: solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea). Caso o paciente não apresente tosse voluntária, não será realizado o segundo teste. 2. Tosse Reflexa: observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição primeiro de saliva e depois de um volume de 5 ml de alimento pastoso).	1	Tosse voluntária ausente.
	2	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa após a deglutição.
	3	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.
	4	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.
	5	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.

❖ Refluxo nasal

Quanto ao indicador Refluxo nasal, 85,7% dos especialistas consideraram pertinente para avaliar o estado da deglutição, embora necessitasse de reformulação na sua definição conceitual e referente empírico para torná-lo mais simples e claro, o que foi evidenciado pelos baixos valores de IVC nesses critérios.

Acredita-se que tal julgamento tenha ocorrido porque não ficou claro para os especialistas como esta avaliação seria realizada: se pela visualização direta da orofaringe e presença de fluxo de alimento por trás do véu palatino ou pela expulsão espontânea de alimento pela narina ou por meio de espirro. Sendo assim, foi acrescentada a expressão “espontânea” à definição conceitual.

Para a reformulação do referente empírico, sugeriu-se que se acrescentasse primeiro a observação sem dieta, e caso o paciente já apresentasse o refluxo nasal, não seria mais avaliado. Na ausência do refluxo nasal inicial seria avaliada a sua presença após a ingestão de dieta pastosa. Essa visualização seria feita tanto pela expulsão espontânea de alimento por narina ou por meio de espirro, como pela observação direta da orofaringe e presença de fluxo de alimento por trás do véu palatino. Dessa forma, as magnitudes operacionais foram reformuladas, trocando-se a expressão “após a ingestão da dieta oferecida” pela forma como a visualização do refluxo foi feita.

A versão final foi então revisada conforme as sugestões propostas.

Refluxo nasal		
Definição conceitual: Refluxo ou regurgitação de alimento para dentro da cavidade nasal de forma espontânea.		
Referente empírico: Inicialmente o examinador deverá observar a presença de alimento retido na narina ou na orofaringe ou por trás do véu palatino. Caso o paciente	1	Presença de refluxo nasal antes da ingestão da dieta oferecida.
	2	Presença das três evidências de

não apresente resíduos iniciais, repetir a observação 1 minuto após a ingestão de alimento de consistência pastosa (5 ml) e verificar a presença de: 1. Resíduos alimentares diretamente na orofaringe ou por trás do véu palatino; 2. Resíduos alimentares dentro das narinas; 3. Espirros.		refluxo nasal.
	3	Presença de duas evidências de refluxo nasal.
	4	Presença de uma evidência de refluxo nasal.
	5	Ausência de qualquer evidência de refluxo nasal.

❖ Desconforto com a deglutição do bolo alimentar

O indicador Desconforto com a deglutição do bolo alimentar apresentou bons valores de IVC quanto ao seu título, mas o mesmo não se repetiu para a definição conceitual e para os referentes empíricos. Estes necessitaram de reajustes para torná-los mais simples, claros e relevantes, uma vez que somente um especialista não o considerou pertinente para ser avaliado no contexto do Estado da deglutição.

Assim, as mudanças sugeridas para a definição conceitual foram acrescentar o termo “sensação de alimento parado na garganta”, na parte inicial de relato do paciente da presença de desconforto, e na parte “observação de qualquer tipo de desconforto” sugeriu-se acréscimo do termo “engasgo”.

Alguns especialistas consideraram que a avaliação do referente empírico deveria ser feita somente com saliva e dieta pastosa. Para a avaliação da sufocação, os itens redução na frequência respiratória e presença de cianose de extremidades só aconteceriam nos casos mais graves e que provocassem uma obstrução total da cavidade oral, o que não seria observado com um volume baixo de alimento pastoso. Outro especialista considerou que deveria ser utilizado um valor de 5% para considerar queda da saturação. Sendo assim, foi trocado o termo “sufocação” por “presença de queda da saturação de 2%”, uma vez que, conforme discutido por Cavalcante (2011), esse é o valor mínimo que pode nos indicar que esteja ocorrendo uma aspiração.

O indicador foi revisado para ser avaliado no cenário clínico.

Desconforto com a deglutição do bolo		
Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar, como sensação de alimento parado na garganta ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação ou engasgos após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.		
Referente empírico: Inicialmente o examinador deverá perguntar se o paciente apresenta algum desconforto com a deglutição de alimentos ou saliva. Caso ele apresente, realizar somente o teste de deglutição de saliva. Se ele não apresentar, além do teste da saliva, deverá ser realizado o teste com alimento	1	Apresenta todos os itens investigados.
	2	Apresenta três dos itens investigados.
	3	Apresenta dois dos itens

na consistência pastosa (5 ml). Devem ser investigados após 1 minuto: 1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta; 2. Presença de tosse após a deglutição; 3. Queda de 2% na saturação de oxigênio; 4. Presença de engasgo após a deglutição. * Para a realização do teste, o paciente deve estar com oxímetro.		investigados.
	4	Apresenta um dos itens investigados.
	5	Não apresenta nenhum dos itens investigados.

❖ Elevação da laringe

O indicador Elevação da laringe, por sua vez, também não obteve valores de IVC iguais ou acima de 0,80 para os critérios simplicidade, comportamento e clareza do título e referentes empíricos. No entanto, 90,9% dos especialistas consideraram pertinente sua avaliação, não havendo sugestão para melhorar a sua apresentação.

Embora seja descrita como uma técnica subjetiva por Jotz, Angelis e Barros (2009), permite avaliar o tempo dos eventos da deglutição orofaríngea. Além de serem facilmente observados a presença e o grau de elevação da laringe, também pode ser detectado, caso o paciente tenha tosse ou pigarros, o momento de penetração e/ou aspiração laríngea.

Alguns especialistas propuseram a reformulação do referente empírico, para tornar mais clara a avaliação, mas nenhuma sugestão foi fornecida. Logo, coube à pesquisadora e à orientadora refazer o referente segundo o referencial adotado.

Dessa forma, preferiu-se manter tal indicador e suas definições para a etapa de validação clínica.

Elevação da laringe		
Definição conceitual: Elevação anterior e superior da laringe durante a deglutição.		
Referente empírico: O examinador deverá pedir para o paciente deglutir saliva e enquanto monitora os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea: 1. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe que atinja em média dois dedos do examinador (Técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da mandíbula, dedo médio no osso hioide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireoide); 2. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe de forma coordenada; 3. Início imediato da elevação laríngea após deglutição; 4. Ausência de trepidações; 5. Ausência de movimentos compensatórios (Nota-se o esforço do paciente, por meio da movimentação da língua ou de colocar a cabeça para trás, o qual deve ser	1	Ausência de elevação da laringe.
	2	Apresenta somente um sinal clínico envolvido na elevação laríngea.
	3	Apresenta dois ou três sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	4	Apresenta somente quatro sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	5	Apresenta todos os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.

observado enquanto se procura sentir os movimentos laríngeos. Pode-se perceber quando ele consegue completar o ato, tanto porque ele cessa de fazer esforços e gestos faciais quanto porque o examinador nota que o movimento laríngeo finalmente se normaliza).		
--	--	--

❖ **Aspiração**

Para finalizar a apresentação dos indicadores do Estado da deglutição, todos os especialistas consideraram pertinente avaliar a Aspiração, no entanto fizeram grandes ressalvas à forma pela qual o indicador foi apresentado, comprovadas pelos baixos valores de IVC para os referentes empíricos relacionados a todos os critérios.

Segundo os especialistas, este indicador remetia à realização de uma aspiração traqueal para verificar se algum conteúdo estava ali localizado e não ao risco de aspiração, como está apresentado pelos referentes empíricos. Além disso, consideraram que os referentes empíricos associados ao indicador já haviam sido, em sua grande maioria, avaliados anteriormente.

Ainda de acordo com os especialistas, o teste da aspiração era comumente realizado por fisioterapeutas e fonoaudiólogas para decidir em conjunto com o médico a viabilidade de iniciar dieta oral em pacientes traqueostomizados. O teste consiste em: realização de uma aspiração inicial e em seguida administração de dieta líquida com corante azul (anilina). Realiza-se nova aspiração e, se o aspirado apresentar a coloração azul, seria indicativo de que o conteúdo foi em parte ou totalmente aspirado, contraindicando o início da dieta por via oral. Nos casos de paciente com AVC traqueostomizados é importante a avaliação deste indicador.

Os especialistas sugeriram acrescentar o termo “respiratória” ao título do indicador e substituir os atuais referentes empíricos por sinais clínicos da presença de aspiração de secreção traqueal após deglutição. Eles consideraram: desconforto respiratório (dispneia, hipossaturação) e surgimento de ausculta pulmonar com crepitações ou até mesmo roncos, a depender do volume aspirado e consistência do alimento. No entanto, tais manifestações clínicas estão mais presentes na ocorrência de pneumonia aspirativa, que é uma consequência da aspiração respiratória.

Logo, como evidenciado na Análise de Conceito atual e na realizada por Cavalcante (2011), a Videofluoroscopia é considerada o padrão ouro para avaliar a ocorrência de aspiração. Como esse exame não é utilizado como rotina para avaliação do pacientes com AVC, na maioria das instituições de saúde brasileira, resolveu-se

empregar os indicadores clínicos propostos por Daniels et al. (2000). Entretanto, para atender às solicitações dos especialistas, foram revisados os referentes empíricos, para sua melhor empregabilidade no cenário clínico.

ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA		
Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
<p>Referente empírico: O examinador deverá observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória:</p> <p>1. Disfonia: O examinador deve observar o padrão da fala do paciente e avaliar as alterações na qualidade vocal (voz rouca, em sussurros, muda) e intensidade da voz (voz alta, forçada, sufocando);</p> <p>2. Disartria: O examinador deverá solicitar para o paciente falar as seguintes palavras, como PATAKA, CARRO, CAVALO, COQUEIRO, CADEIRA, TESOURA e enquanto ele fala deverá observar os movimentos labiais, linguais e mandibulares. Além disso, é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças;</p> <p>3. Reflexo de vômito anormal: O examinador deverá avaliar por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente;</p> <p>4. Tosse voluntária anormal: O examinador deverá solicitar que o paciente tussa. A tosse voluntária é considerada anormal quando a resposta é diminuída ou ausente;</p> <p>5. Tosse depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão primeiro de saliva e depois de 5 ml de alimento pastoso.</p> <p>6. Mudança de voz depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de saliva e alimento pastoso (5 ml), como voz molhada, rouquidão.</p>	1	Presença de todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.
	2	Presença de quatro sinais clínicos de aspiração respiratória.
	3	Presença de três sinais clínicos de aspiração respiratória.
	4	Presença de dois sinais clínicos de aspiração respiratória.
	5	Ausência de sinais clínicos de aspiração.

Para finalizar a validação do resultado Estado da deglutição, mais três indicadores foram sugeridos por dois especialistas: Aspecto emocional, Fadiga e Mudança no padrão respiratório. No entanto, as sugestões não foram fundamentadas de forma suficiente para que fossem incluídas na avaliação final. Ademais, no Quadro 31, segue-se a proposta do resultado Estado da deglutição após a validação dos especialistas, agora com 10 indicadores.

Quadro 31 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação de conteúdo. Fortaleza, 2013

Estado da deglutição: Transporte de alimento, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaríngea		
CAPACIDADE DE LEVAR OS ALIMENTOS ATÉ A BOCA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador levar todo o alimento e/ou líquido contido em um utensílio até a boca.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O deverá colocar um utensílio (copo, colher, prato) contendo o alimento (dieta pastosa) diante do paciente e observar se ele consegue pegar o conteúdo e levar até a boca. Deve-se verificar se ele faz isso sozinho, com ajuda de terceiros ou se faz adaptações, como aproxima a boca do utensílio, utiliza material apropriado que favoreça a pega do utensílio.	1	Não consegue pegar o alimento, mesmo com a ajuda de terceiros e/ou uso de adaptações.
	2	Consegue pegar o alimento e levar até a boca dependendo totalmente da ajuda de terceiros.
	3	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas depende parcialmente da ajuda de terceiros.
	4	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas necessita de adaptações.
	5	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, sem adaptações ou ajuda de terceiros.
	NA	Não se aplica
AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA MASTIGAÇÃO		
Definição conceitual: Avaliação da integridade das estruturas da mastigação necessárias para o início do processo digestivo.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá observar sem a utilização de dieta: 1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula; 2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de preensão dos lábios. O examinador deverá pedir para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar; 3. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (pedir para o paciente, com a boca aberta, estender a língua o mais para frente possível e depois retraindo); Lateralização (pedir para o paciente tocar cada parte da cavidade oral, mantendo a boca fechada, e repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (pedir para o paciente deixar a boca toda aberta e fazer a língua tocar o palato e depois retornar à posição anatômica, alternar elevação e retorno); b) Força da língua: o examinador irá testar com o paciente mantendo a boca aberta. Pedir que faça resistência aos movimentos realizados de empurrar a língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo; 4. BOCHECHA: a) Sensibilidade: extraoral (solicitar que o paciente mantenha os olhos fechados. O	1	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.
	2	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.
	3	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.
	4	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.
	5	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.
	NA	Não se aplica

<p>examinador deve tocar com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intraoral (Também avaliado com olhos fechados. O examinador deverá tocar com a espátula diferentes pontos da cavidade oral com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique o local); b) tônus: o examinador, com a mão enluvada, deverá tocar a parte interna das bochechas e verificar a sua tonicidade;</p> <p>5. PALATO: O examinador deverá pedir para o paciente abrir a boca, produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários segundos. Observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, a úvula deve permanecer na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua com espátula para facilitar a visualização);</p> <p>6. DENTES: O examinador deverá solicitar que o paciente abra a boca e então deverá inspecionar os dentes, quanto a: a) Número (observar a quantidade de dentes; normal 28 dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria, para observar a oclusão dos dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verificar a sua adaptação.</p>		
CAPACIDADE DE MANTER O CONTEÚDO ORAL NA BOCA		
Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral favorecido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam:</p> <p>1. Simetria labial;</p> <p>2. Manutenção da comissura labial em relação ao eixo horizontal;</p> <p>3. Vedamento labial;</p> <p>4. Sialorreia.</p>	1	Apresenta alterações nos quatro itens examinados.
	2	Apresenta alterações em três itens examinados.
	3	Apresenta alterações em dois itens examinados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens examinados.
	5	Não apresenta alterações nos itens examinados.
	NA	Não se aplica
DESCONFORTO COM A DEGLUTIÇÃO DO BOLO		
Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar, como sensação de alimento parado na garganta ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação ou engasgos após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>Inicialmente o examinador deverá perguntar se o paciente apresenta algum desconforto com a deglutição de alimentos ou saliva. Caso ele apresente, realizar somente o teste de deglutição de saliva. Se ele não apresentar, além do teste da saliva, deverá ser realizado o teste com alimento na consistência pastosa (5 ml). Devem ser investigados após 1 minuto:</p> <p>1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta;</p> <p>2. Presença de tosse após a deglutição;</p> <p>3. Queda de 2% na saturação de oxigênio;</p> <p>4. Presença de engasgo após a deglutição.</p> <p>* Para a realização do teste, o paciente deve estar com oxímetro de pulso.</p>	1	Apresenta todos os itens investigados.
	2	Apresenta três dos itens investigados.
	3	Apresenta dois dos itens investigados.
	4	Apresenta um dos itens investigados.
	5	Não apresenta nenhum dos itens investigados.
	NA	Não se aplica
LIMPEZA DA CAVIDADE ORAL		

Definição conceitual: Ausência de resíduos na cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar.	
Referente empírico	MAGNITUDES
Inicialmente, o examinador deverá observar a limpeza da cavidade oral. Caso esteja limpa e o paciente consiga manter o conteúdo oral na boca, será oferecida uma dieta de consistência pastosa (5 ml). Nesse momento, o examinador deverá observar a ação da musculatura supra-hioide (ao redor da mandíbula), lateralização e rotação da mandíbula enquanto deglute o alimento e a quantidade de tentativas que ele faz para esvaziar o conteúdo oral. Depois de 1 minuto, é realizada uma nova inspeção da cavidade oral para verificar se ele conseguiu esvaziá-la.	1 Paciente se encontra com a cavidade oral suja, antes do oferecimento da nova dieta.
	2 Paciente consegue manter o alimento na boca, mas não apresenta nenhuma ação da musculatura ao redor da mandíbula.
	3 Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, mas não consegue esvaziar a cavidade oral.
	4 Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em mais de uma tentativa.
	5 Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em uma tentativa.
	NA Não se aplica
CONTROLE POSTURAL DA CABEÇA E PESCOÇO EM RELAÇÃO AO CORPO	
Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco.	
Referente empírico	MAGNITUDES
Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, o examinador deverá observar, por um tempo de 1 minuto, o alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra.	1 Incapaz de alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.
	2 Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas é incapaz de manter a posição pelo tempo mínimo de 1 minuto, mesmo com apoio.
	3 Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, com apoio, por 1 minuto ou mais.
	4 Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, sem apoio, por 1 minuto ou mais.
	5 Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por 1 minuto ou mais.

	NA	Não se aplica
TOSSE		
Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexa ou voluntária), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a deglutição do bolo alimentar).		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá avaliar os seguintes pontos:</p> <p>1. Tosse voluntária: solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea). Caso o paciente não apresente tosse voluntária, não será realizado o segundo teste.</p> <p>2. Tosse Reflexa: observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição primeiro de saliva e depois de um volume de 5 ml de alimento pastoso).</p>	1	Tosse voluntária ausente.
	2	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa após a deglutição.
	3	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.
	4	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.
	5	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.
	NA	Não se aplica
REFLUXO NASAL		
Definição conceitual: Refluxo ou regurgitação de alimento para dentro da cavidade nasal de forma espontânea.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>Inicialmente o examinador deverá observar a presença de alimento retido na narina ou na orofaringe ou por trás do véu palatino. Caso o paciente não apresente resíduos iniciais, repetir a observação 1 minuto após a ingestão de alimento de consistência pastosa (5 ml) e verificar a presença das seguintes evidências de refluxo nasal:</p> <p>4. Resíduos alimentares diretamente na orofaringe ou por trás do véu palatino; 5. Resíduos alimentares dentro das narinas; 6. Espirros.</p>	1	Presença de refluxo nasal antes da ingestão da dieta oferecida.
	2	Presença das três evidências de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	3	Presença de duas evidências de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	4	Presença de uma evidência de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	5	Ausência de qualquer evidência de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	NA	Não se aplica
ELEVAÇÃO DA LARINGE		
Definição conceitual: Elevação anterior e superior da laringe durante a deglutição.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá pedir para o paciente deglutir saliva e enquanto monitora os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea:</p> <p>1. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe que atinja em média dois dedos do examinador (Técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da</p>	1	Ausência de elevação da laringe.
	2	Apresenta somente um sinal clínico envolvidos na elevação laríngea.
	3	Apresenta dois ou três sinais clínicos envolvidos na

mandíbula, dedo médio no osso hioide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireoide); 2. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe de forma coordenada; 3. Início imediato da elevação laríngea após deglutição; 4. Ausência de trepidações; 5. Ausência de movimentos compensatórios (Nota-se o esforço do paciente, por meio da movimentação da língua ou de colocar a cabeça para trás, o qual deve ser observado enquanto se procura sentir os movimentos laríngeos. Pode-se perceber quando ele consegue completar o ato, tanto porque ele cessa de fazer esforços e gestos faciais quanto porque o examinador nota que o movimento laríngeio finalmente se normaliza).		elevação laríngea.
	4	Apresenta somente quatro sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	5	Apresenta todos os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	NA	Não se aplica
ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA		
Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória: 1. Disfonia: O examinador deve observar o padrão da fala do paciente e avaliar a alterações na qualidade vocal (voz rouca, em sussurros, muda) e intensidade da voz (voz alta, forçada, sufocando); 2. Disartria: O examinador deverá solicitar para paciente falar as seguintes palavras, como PATAKA, CARRO, CAVALO, COQUEIRO, CADEIRA, TESOURA, e enquanto ele fala deverá observar os movimentos labiais, linguais e mandibulares. Além disso, é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças; 3. Reflexo de vômito anormal: O examinador deverá avaliar por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente; 4. Tosse voluntária anormal: O examinador deverá solicitar que o paciente tussa. A tosse voluntária é considerada anormal quando a resposta é diminuída ou ausente; 5. Tosse depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão primeiro de saliva e depois de 5 ml de alimento pastoso. 6. Mudança de voz depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de saliva e alimento pastoso (5 ml), como voz molhada, rouquidão.	1	Apresenta todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.
	2	Apresenta quatro ou cinco sinais clínicos de aspiração respiratória.
	3	Apresenta três sinais clínicos de aspiração respiratória.
	4	Apresenta um ou dois sinais clínicos de aspiração respiratória.
	5	Ausência de sinais clínicos de aspiração.
	NA	Não se aplica

4.5 Análise dos títulos, definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores do resultado Prevenção da aspiração após validação de conteúdo

Todos os especialistas consideraram todos os indicadores apresentados pertinentes para avaliar o resultado de Prevenção da aspiração. Destarte, foram feitas algumas considerações em muitos casos para torná-lo mais adequado para ser examinado em cenário clínico.

❖ Identifica fatores de risco

Tal indicador não apresentou bons índices de validade de conteúdo (IVC) quanto aos seguintes critérios: comportamento e clareza do título e clareza dos referentes empíricos. Portanto, foram sugeridas algumas mudanças, como o acréscimo do termo “para aspiração respiratória” no título do indicador, “ajuda total ou parcial do cuidador” na definição conceitual e o “tempo de esvaziamento gástrico diminuído” na lista de referentes empíricos.

Alguns especialistas questionaram o uso de termos, como “tubos gastrointestinais e/ou traqueais” e procedimentos invasivos, como “endoscopia digestiva alta” e “videofluoroscopia”. Eles afirmaram que tais termos não fazem parte do vocabulário dos pacientes e dos seus cuidadores, o que dificultaria a sua verificação. No entanto, não foi dada nenhuma sugestão. O indicador foi revisado conforme o exposto.

Identifica fatores de risco para a aspiração respiratória		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador identificar os fatores de risco para a aspiração respiratória.		
Referente empírico: O examinador deverá perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração respiratória, como: 1. Presença de alterações neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer); 2. Nível de consciência e orientação alteradas; 3. Dificuldade para deglutir; 4. Higienização oral inadequada; 5. Usa a cabeceira baixa durante a alimentação e/ou permanece assim após a alimentação; 6. Não interrompe a dieta ao ter a cabeceira abaixada; 7. Reflexo de tosse prejudicado ou ausente; 8. Idade acima dos 60 anos; 9. Uso de medicação como sedativos; 10. Mobilidade corporal diminuída; 11. Tempo de esvaziamento gástrico diminuído;	1	Incapaz de identificar os fatores de risco.
	2	Capaz de identificar até três fatores de risco.
	3	Capaz de identificar de quatro a seis fatores de risco.
	4	Capaz de identificar de sete a nove fatores de risco.
	5	Capaz de identificar dez ou mais fatores de risco.

12. Pneumonia recorrente.

❖ **Mantém a higiene oral**

O indicador “Mantém a higiene oral” não apresentou clareza quanto ao seu título e a descrição dos referentes empíricos, o que foi evidenciado por baixos valores de IVC, 0,75 e 0,62, respectivamente.

Para melhor a descrição do título, alguns especialistas sugeriram trocar o termo “Mantém a higiene oral” por “Manter cavidade oral limpa”. E também a reformulação da definição conceitual para “Capacidade de o paciente manter a cavidade oral limpa sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador”.

Quanto ao referente empírico, foram solicitadas algumas alterações. Um dos especialistas não concordou com a utilização da expressão “manter atividade” nas magnitudes operacionais, uma vez que o sentido era relacionado às possíveis alterações observadas na cavidade oral. A sugestão foi acatada, trocando-se a expressão “manter atividade” por “apresenta alteração”.

Outro especialista considerou pertinente acrescentar a avaliação da presença de halitose, em conjunto aos outros itens investigados, justificando que daria a ideia de que o paciente não mantém a cavidade oral limpa. Outro argumentou que grande parte dos pacientes com AVC são idosos e utilizam próteses dentárias, sendo necessário então avaliar a sua adaptação e limpeza.

Já para outro não ficou clara a expressão “Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou tártaros”, pois, segundo ele, o paciente ou seu cuidador não saberiam responder. No entanto, ressalta-se que esses itens não serão relatados pelos pacientes ou por seus cuidadores, mas sim avaliados pelo examinador, de forma que a expressão não foi modificada.

As demais modificações propostas foram consideradas pertinentes, acatadas e o indicador constará na avaliação clínica.

Manter cavidade oral limpa		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador conseguir manter a cavidade oral limpa.		
Referente empírico: O examinador deverá observar se o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador consegue manter a cavidade oral limpa, através: 1. Ausência de restos alimentares; 2. Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou	1	Apresenta alterações em todos os itens avaliados.
	2	Apresenta alterações em três itens avaliados.
	3	Apresenta alterações em dois

tártaros. Se usar, próteses, essas se encontram bem adaptadas e limpas; 3. Ausência de sujidade na língua; 4. Ausência de halitose.		itens avaliados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens avaliados.
	5	Não apresenta alterações em nenhum dos itens avaliados.

❖ **Posicionamento adequado para comer e para beber**

O indicador “Posicionamento adequado para comer e para beber” não apresentou bons valores de concordância para os critérios de simplicidade e clareza da definição conceitual e para nenhum dos critérios dos referentes empíricos.

As sugestões dos especialistas foram relacionadas a todos os tópicos. Quanto ao título, um dos especialistas considerou trocar a expressão “para comer e para beber” por “para alimentar-se”. Para a definição conceitual foi proposto trocar a expressão “paciente ereto” por “cabeceira elevada” e acrescentar o lado do decúbito em que o mesmo deverá ficar, acrescentando a informação de que cabeceira deverá ser elevada.

Quanto aos referentes empíricos, um dos especialistas referiu que a importância é avaliar em qual posição o paciente se encontra durante a alimentação. Se ele, por exemplo, desce no leito, é válido saber se o cuidador imediatamente interrompe a dieta e o levanta ou se o deixa embaixo mesmo. Outro especialista referiu que as magnitudes operacionais não estavam claras, necessitando de ajustes, entretanto não os propôs.

As reformulações propostas foram acatadas.

Posicionamento adequado para se alimentar		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se com a cabeceira elevada (30 a 45°) ou, se necessário, ficar de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador durante a alimentação.		
Referente empírico: O examinador deverá perguntar para o paciente ou para o cuidador se durante toda a alimentação é capaz de manter-se com a cabeceira elevada (30 a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar por sondas gastrointestinais, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.	1	Não é capaz de manter a posição adequada para se alimentar.
	2	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante curto espaço de tempo.
	3	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante algum de tempo.
	4	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante maior parte do tempo.
	5	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante todo o tempo, sem interrupção.

❖ **Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição**

Quanto ao indicador “Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição” ele apresentou bons IVC para todos os critérios avaliados pelos especialistas, quanto ao título, definição conceitual e referentes empíricos.

No entanto, foram propostas algumas alterações para maior simplicidade e clareza da definição conceitual deste indicador, como a alteração para “Capacidade de o paciente manter-se na posição ereta por 30 minutos após a refeição, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador”.

As reformulações foram acatadas.

Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	
Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se na posição ereta por 30 minutos após a refeição, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.	
Referente empírico: O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao cuidador em qual posição o paciente fica após a refeição e por quanto tempo.	1 Não permanece na posição ereta após a refeição.
	2 Permanece na posição ereta até 10 minutos após a refeição
	3 Permanece na posição ereta após a refeição de 11 a 19 minutos.
	4 Permanece na posição ereta após a refeição de 20 a 29 minutos.
	5 Permanece na posição ereta após a refeição por 30 minutos ou mais.

❖ **Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada**

O indicador “Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada” não apresentou clareza no título, simplicidade e clareza na definição conceitual e não atendeu a nenhum dos critérios quanto ao referente empírico.

Para maior simplicidade e clareza da definição conceitual deste indicador, foi sugerido “Capacidade de o paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, selecionar alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos”.

Quanto ao referente empírico, mencionou-se que ele abordava o manejo da disfagia e não a forma para se verificar se a seleção dos alimentos e líquidos estava sendo realizada de uma forma correta. Entretanto, não foram propostas alternativas para melhorar a redação. Logo, coube à pesquisadora e sua orientadora a modificação do material. A seguir segue a nova proposta para o referido indicador.

Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada		
Definição conceitual: O paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos.		
Referente empírico: O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao seu cuidador se modifica a consistência dos alimentos na presença dos sinais de disfagia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade para deglutir; 2. Tempo aumentado de deglutição; 3. Sensação de alimento parado na garganta; 4. Tosse; 5. Engasgo; 6. Cianose; 7. Sudorese; 8. Escape de alimento pela boca; 9. Mudança na voz; 10. Regurgitação nasal; 11. Fadiga; 12. Desconforto respiratório. 	1	Não seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois nunca modifica a consistência dos alimentos, mesmo na presença de todos os sinais de disfagia.
	2	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após quatro ou mais episódios de sinais de disfagia.
	3	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após três episódios de sinais de disfagia.
	4	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após dois episódios de sinais de disfagia.
	5	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos.

❖ **Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos**

O indicador “Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos” apresentou bons IVCs para os títulos e definições conceituais, mas o mesmo não se repetiu para os referentes empíricos. Isso pode ser justificado, porque muitos especialistas consideraram mais adequado dividir o indicador para Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral e outro para Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada.

No tocante ao título não foi proposta nenhuma mudança. Quanto à definição conceitual, foi sugerido “Capacidade de o paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, utilizar utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura dos alimentos”. No referente empírico foi sugerido trocar na magnitude 4 o termo “em todas as refeições” por “em algumas refeições”.

Sendo assim, foram acatadas todas as sugestões propostas e este indicador foi dividido.

Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral
Definição conceitual: Utiliza utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura de alimentos por via oral.

Referente empírico: O examinador deverá perguntar para paciente ou para o seu cuidador quais tipos de utensílios (copos, talheres, canudos, seringas) são utilizados para ofertar os alimentos durante a refeição de forma segura.	1	Não utiliza copos e/ou talheres para se alimentar nas refeições, logo o alimento é fornecido por seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	2	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e seringas e/ou canudos para alimentos pastosos ou líquidos em todas as refeições.
	3	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e pastosos e seringas e/ou canudos para alimentos líquidos em todas as refeições.
	4	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em algumas refeições, independente da consistência.
	5	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, independente da consistência.

❖ **Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada**

O novo indicador Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada foi construído devido à solicitação dos especialistas.

Cavalcante (2011), em sua Análise de Conceito, aponta o estudo de Wang et al. (2006), o qual apresenta que normalmente são utilizadas a curto ou a longo prazo sondas gastrintestinais para pacientes após AVC para a manutenção da nutrição. No entanto, eles ressaltam que, mesmo sendo utilizada para a prevenção da aspiração respiratória, o seu uso compromete os mecanismos protetores das vias aéreas durante a deglutição, pois diminui a habilidade para deglutir e prejudica a elevação laríngea.

Hamidon et al. (2006) e Clarke et al. (2005) asseveram que as falhas do tratamento de sondas gastrointestinais geralmente envolvem falhas técnicas na inserção, fixação e na manutenção em ambiente hospitalar e domiciliar. Procedimentos corretos na instalação da sonda e na administração da dieta são de vital importância para evitar as complicações e fazer com que o paciente receba os benefícios da terapia nutricional. Sendo assim, torna-se relevante a avaliação desse indicador clínico em pacientes acometidos por AVC.

A seguir, segue a proposta do indicador, levando-se em consideração as solicitações dos especialistas de detalhar todo o processo de cuidados com as sondas gastrointestinais.

Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador utilizar sondas gástricas ou enterais de forma adequada para oferta segura de

alimentos.		
<p>Referente empírico: O examinador deverá avaliar se o paciente sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador realiza os seguintes cuidados ao se alimentar por sondas gástricas e enterais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posiciona-se de forma adequada (manter-se com a cabeça elevada (30 a 45°) ou, se necessário, ficar de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar); 2. Confirma o posicionamento da sonda; 3. Administra a dieta na consistência adequada e temperatura ambiente; 4. Administra a dieta de forma lenta, por gravidade ou conectada na bomba de infusão contínua; 5. Mantém a cabeça elevada (30 a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida de 30 a 60 minutos após a dieta; 6. Lava a sonda após a administração da dieta com 30 a 60 ml de água; 7. Fixa a sonda para evitar que ela se desloque; 8. Interrompe a dieta quando não pode assumir a posição com a cabeça elevada. 	1	Não realiza nenhum cuidado.
	2	Realiza até dois cuidados.
	3	Realiza três ou quatro cuidados.
	4	Realiza cinco ou seis cuidados.
	5	Realiza sete ou mais cuidados.

Finalizando a validação do resultado Prevenção da aspiração, somente foi indicada a inclusão do indicador “Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada”. No quadro 32 apresenta-se a proposta do resultado Prevenção da aspiração após a validação dos especialistas, agora com sete indicadores.

Quadro 32 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação de conteúdo. Fortaleza, 2013

Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
IDENTIFICA FATORES DE RISCO PARA A ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador identificar os fatores de risco para a aspiração respiratória.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração respiratória, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de alterações neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer); 2. Nível de consciência e orientação alteradas; 3. Dificuldade para deglutir; 4. Higienização oral inadequada; 5. Usa a cabeceira baixa durante a alimentação e/ou permanece assim após a alimentação; 6. Não interrompe a dieta ao ter a cabeceira abaixada; 7. Reflexo de tosse prejudicado ou ausente; 8. Idade acima dos 60 anos; 9. Uso de medicação como sedativos; 10. Mobilidade corporal diminuída; 11. Tempo de esvaziamento gástrico diminuído; 12. Pneumonia recorrente. 	<p>1 Incapaz de identificar os fatores de risco.</p> <p>2 Capaz de identificar até três fatores de risco.</p> <p>3 Capaz de identificar de quatro a seis fatores de risco.</p> <p>4 Capaz de identificar de sete a nove fatores de risco.</p> <p>5 Capaz de identificar dez ou mais fatores de risco.</p>	
	MANTER CAVIDADE ORAL LIMPA	MAGNITUDES
	<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador conseguir manter a cavidade oral limpa.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá observar se o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador consegue manter a cavidade oral limpa, através de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de restos alimentares; 2. Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou tártaros. Se usar, próteses, se estas se encontram bem adaptadas e limpas; 3. Ausência de sujidade na língua; 	<p>1 Apresenta alterações em todos os itens avaliados.</p> <p>2 Apresenta alterações em três itens avaliados.</p> <p>3 Apresenta alterações em dois itens avaliados.</p> <p>4 Apresenta alterações em um dos itens avaliados.</p> <p>5 Não apresenta alterações em nenhum dos itens avaliados.</p>

4. Ausência de halitose.		
POSICIONAMENTO ADEQUADO PARA SE ALIMENTAR	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se com a cabeça elevada (30 a 45°) ou, se necessário, ficar de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador durante a alimentação.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá perguntar para o paciente ou para o cuidador se durante toda a alimentação é capaz de manter-se com a cabeça elevada (30 a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar por sondas gastrointestinais, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.</p>	1	Não é capaz de manter a posição adequada para se alimentar.
	2	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante curto espaço de tempo e interrompe a alimentação de cinco a mais vezes.
	3	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante algum de tempo e interrompe a alimentação de três a quatro vezes.
	4	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante maior parte do tempo e interrompe a alimentação de uma a duas vezes.
	5	É capaz de manter a posição adequada para se alimentar durante todo o tempo, sem interrupção.
PERMANECE NA POSIÇÃO ERETA POR 30 MINUTOS APÓS A REFEIÇÃO	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se na posição ereta por 30 minutos após a refeição, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao cuidador em qual posição o paciente fica após a refeição e por quanto tempo.</p>	1	Não permanece na posição ereta após a refeição.
	2	Permanece na posição ereta até 10 minutos após a refeição.
	3	Permanece na posição ereta após a refeição de 11 a 19 minutos.
	4	Permanece na posição ereta após a refeição de 20 a 29 minutos.
	5	Permanece na posição ereta após a refeição por 30 minutos ou mais.
SELECIONA ALIMENTOS E LÍQUIDOS COM A CONSISTÊNCIA ADEQUADA	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, selecionar alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao seu cuidador se modifica a consistência dos alimentos na presença dos sinais de disfagia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade para deglutir; 2. Tempo aumentado de deglutição; 3. Sensação de alimento parado na garganta; 4. Tosse; 5. Engasgo; 6. Cianose; 7. Sudorese; 8. Escape de alimento pela boca; 9. Mudança na voz; 10. Regurgitação nasal; 11. Fadiga; 	1	Não seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois nunca modifica a consistência dos alimentos, mesmo na presença de todos os sinais de disfagia.
	2	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após quatro ou mais episódios de sinais de disfagia[.]
	3	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após três episódios de sinais de disfagia[.]
	4	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos, somente após dois episódios de sinais de disfagia.
	5	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois modifica a consistência dos alimentos.

12. Desconforto respiratório.		
UTILIZA UTENSÍLIOS ADEQUADOS PARA OFERTA SEGURA DE ALIMENTOS POR VIA ORAL	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Utiliza utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura de alimentos por via oral.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá perguntar para o paciente ou para o seu cuidador quais tipos de utensílios (copos, talheres, canudos, seringas) são utilizados para ofertar os alimentos durante a refeição de forma segura.</p>	1	Não utiliza copos e/ou talheres para se alimentar nas refeições, logo o alimento é fornecido por seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	2	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e seringas e/ou canudos para alimentos pastosos ou líquidos em todas as refeições.
	3	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e pastosos e seringas e/ou canudos para alimentos líquidos em todas as refeições.
	4	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em algumas refeições, independente da consistência.
	5	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, independente da consistência.
UTILIZA SONDAS GÁSTRICAS E ENTERAIS DE FORMA ADEQUADA	MAGNITUDES	
<p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador utilizar sondas gástricas ou enterais de forma adequada para oferta segura de alimentos.</p> <p>Referente empírico: O examinador deverá avaliar se o paciente sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador realiza os seguintes cuidados ao se alimentar por sondas gástricas e enterais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posiciona-se de forma adequada (manter-se com a cabeceira elevada (30 a 45°) ou, se necessário, ficar de decúbito lateral direito com a cabeça fletida ao se alimentar); 2. Confirma o posicionamento da sonda; 3. Administra a dieta na consistência adequada e temperatura ambiente; 4. Administra a dieta de forma lenta, por gravidade ou conectada na bomba de infusão contínua; 5. Mantém a cabeceira elevada (30 a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida de 30 a 60 minutos após a dieta; 6. Lava a sonda após a administração da dieta com 30 a 60 ml de água; 7. Fixa a sonda para evitar que ela se desloque; 8. Interrompe a dieta quando não pode assumir a posição com a cabeceira elevada. 	1	Não realiza nenhum cuidado.
	2	Realiza até dois cuidados.
	3	Realiza três ou quatro cuidados.
	4	Realiza cinco ou seis cuidados.
	5	Realiza sete ou mais cuidados.

CAPÍTULO 3 – Validação clínica das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores dos resultados de enfermagem relacionados ao Estado da deglutição e à Prevenção da aspiração respiratória

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Pasquali (2009) relata que o principal problema na etapa de validação é descobrir se a escala (teste) construída constitui uma representação legítima, adequada, do construto. Nesse contexto, na presente etapa serão verificadas tanto a validade como a confiabilidade do instrumento produzido a partir dos indicadores e definições conceituais e referentes empíricos levantados na Revisão Integrativa e Análise de Conceito e validados por especialistas.

A validade de um instrumento pode ser explicada como a extensão em que uma medida ou um conjunto de medidas representa corretamente o conceito em estudo, ou o grau em que se está livre de qualquer erro sistemático; dessa forma, procura-se verificar se o um instrumento mede o que se propõe a medir. Entretanto, é necessário também verificar a confiabilidade (precisão ou reprodutividade ou fidedignidade) do instrumento, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto (HAIR JÚNIOR et al., 2005).

2 OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

- Verificar em cenário clínico as propriedades psicométricas das definições conceituais e referentes empíricos elaboradas para os resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes após acidente vascular cerebral.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, considerando ser este o delineamento mais adequado. Para Polit e Beck (2011), esse tipo de pesquisa refere-se às investigações dos métodos para obter, organizar e analisar os dados, com a finalidade de elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

Assim, a etapa clínica constitui a última a ser desenvolvida, pois inicialmente foi realizada a construção das definições conceituais e referentes empíricos dos indicadores com base em Revisão Integrativa e Análise de Conceito tanto sobre deglutição, como sobre aspiração. E, no segundo momento, realizou-se a validação de conteúdos dos indicadores com o grupo de especialistas na temática.

3.2 Período da coleta de dados e Local do estudo

A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2013, na Unidade de AVC de um hospital geral, público e de nível terciário situado na cidade de Fortaleza/Ceará.

O referido hospital foi selecionado por ser referência no tratamento de pacientes com acidente vascular cerebral para a Região Nordeste. Nessa instituição hospitalar, a média de atendimentos por AVC é de cerca de sete pacientes por dia, com taxas de permanência hospitalar variando de acordo com a localização e a gravidade da lesão cerebral.

3.3 População e amostra do estudo

A população foi composta por pacientes internados na Unidade *locus* do estudo, com o diagnóstico clínico de AVC ou ataque isquêmico transitório (AIT). Os critérios de inclusão foram:

- a) idade acima de 18 anos;
- b) nível de consciência alerta e capacidade de fornecer as informações necessárias ou estar acompanhado por um cuidador que saiba dar informações sobre as suas condições de saúde.

Como critérios de exclusão adotados mencionam-se apresentar, no momento da coleta de dados, alguma instabilidade hemodinâmica com risco de complicação ou

fazer uso de ventilação mecânica invasiva ou sondas para alimentação enteral. Este último critério de exclusão inviabilizou a validação clínica do indicador Utiliza sonda gástricas e enterais de forma adequada.

Os autores assumem diferentes posturas em relação à indicação de uma amostra ideal, para definir a amostra de estudos de validação clínica. Nunnally (1978) recomenda uma amostra de 10 sujeitos para cada item do instrumento construído, já Tabachnick e Fidell (2001) sugerem cinco sujeitos para cada item da escala.

Pela falta de uniformidade na definição, optou-se por trabalhar com um mínimo de cinco pacientes com AVC para cada um dos indicadores que foram elaborados. Esse número foi escolhido devido à baixa rotatividade dos pacientes no setor do estudo, o que poderia comprometer a execução do trabalho.

Sendo assim, a amostra do estudo foi de 80 pacientes e coube à pesquisadora selecionar, entre os pacientes que apresentam o diagnóstico médico de AVC ou de AIT, aqueles que atendiam aos critérios de inclusão.

3.4 Instrumentos para caracterização dos pacientes

Os pacientes foram abordados durante a sua internação na Unidade de AVC e convidados para o estudo. Para aqueles que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi dado a início à coleta de dados por meio de entrevista, avaliação de determinados parâmetros físicos e consulta ao prontuário. Para tanto, utilizou-se um instrumento para os dados de identificação, sociodemográficos e de saúde (APÊNDICE E). Esse instrumento foi elaborado com base em revisão de literatura e se constituiu de cinco partes:

Parte 1 - levantamento do perfil sociodemográfico dos pacientes (sexo, idade, procedência, situação civil, escolaridade, renda familiar e ocupação);

Parte 2 - contempla os dados da história clínica anterior (diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, dislipidemias, outras patologias, uso de medicamentos)

Parte 3 - investigam-se os fatores de risco para o AVC (sedentarismo, história familiar, consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas);

Parte 4 - avalia a condição clínica atual (tipo de AVC, localização, número de episódios, comorbidades atuais, medicações utilizadas, aspectos nutricionais e respiratórios); e

Parte 5 - avalia os dados da severidade do AVC e da sua capacidade funcional durante o seu internamento e o dia da avaliação dos REs em estudo.

Tal instrumento foi submetido a três enfermeiras com experiência no cuidado a pacientes com AVC e/ou taxonomias de enfermagem para avaliação do seu conteúdo. As sugestões foram: a) ajuste do termo “situação civil”; b) acrescentar a questão: “dificuldade para alimento pastoso e o tempo em que apresenta complicações nutricionais”; c) retirar da avaliação dos aspectos respiratórios a questão referente ao uso de ventilação mecânica. Todas as sugestões propostas foram adotadas e contribuíram para o refinamento do instrumento de coleta de dados.

Para avaliação da severidade do AVC, foram investigados os dados dos prontuários acerca dos déficits neurológicos por meio da escala de Acidente Vascular Cerebral do National Institutes of Health (NIH), da admissão, bem como no momento da entrevista. Essa escala foi traduzida e validada no Brasil por Guimarães e Guimarães (2004) e Cincura et al. (2009) e contém os seguintes itens para serem avaliados: nível de consciência, orientação temporal, comandos verbais e praxia, olhar conjugado, visual, paralisia facial, motricidade de membros superiores e inferiores, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção e desatenção.

Para a avaliação da capacidade funcional utilizou-se a escala de Rankin modificada. Foram retiradas as informações do prontuário da admissão e do momento da entrevista. A escala apresenta pontuações que variam de 1 a 6 e mostram se os pacientes conseguem cuidar de si próprios em sua vida cotidiana. Ela foi traduzida e adaptada em 2004, por Guimarães e Guimarães, e validada para pacientes com AVC por Cincura et al. (2009), apresentou concordância com sua versão original em inglês e mostrou ser um instrumento clinicamente aceitável para avaliar pacientes com AVC na fase aguda.

3.5 Operacionalização da Validação clínica

Após a avaliação inicial dos pacientes, duas duplas de enfermeiros realizavam a avaliação clínica dos indicadores dos REs Estado da deglutição e Prevenção da aspiração. A primeira dupla utilizava o instrumento previamente elaborado (APÊNDICE F), e a outra dupla aplicou um instrumento com os indicadores

revisados sem as definições construídas, com escala segundo o modelo apresentado pela NOC para os REs em estudo (APÊNDICE G).

Para a escolha desses enfermeiros, foram adotados como critérios: experiência profissional de um ano no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral ou com problemas de disfagia ou em unidades de cuidados críticos, ou fazer parte de grupos de pesquisas sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Além disso, os enfermeiros selecionadas para ficar com o instrumento com as definições participaram de um programa de treinamento de 20 horas.

Integraram o estudo seis enfermeiras, as quais foram alocadas em cada grupo de forma aleatória, ficando quatro com o instrumento com as definições, e duas sem as definições. Destaca-se que uma das enfermeiras trabalhava na instituição do estudo.

O programa de treinamento, desenvolvido inicialmente de forma teórica, com debates e exercícios, abordou os seguintes temas: processo de enfermagem, taxonomias de enfermagem, assistência de enfermagem a pacientes com AVC e avaliação semiológica da deglutição. Após a parte teórica, foi entregue o instrumento construído para ser avaliado pelas especialistas clínicas. O período seguinte foi dedicado ao esclarecimento dos critérios para mensuração de cada indicador, de forma que todas as especialistas tivessem a mesma compreensão sobre cada definição e pudessem ser esclarecidas todas as dúvidas. Além disso, foi realizada avaliação prática com indivíduos sem AVC para demonstração de como o exame deveria ser feito e garantir que todas as duplas estivessem coletando os dados da mesma forma.

Antes de começar a validação clínica, realizou-se um pré-teste com quatro pacientes com AVC, os quais não foram incorporados à amostra final do estudo. Esse momento permitiu que a pesquisadora verificasse o tempo que levava para a coleta de dados e fazer alguma alteração no instrumento, sempre com intuito de garantir melhor concordância entre os examinadores. Após o pré-teste e treinamento, foram realizadas alterações no instrumento com as definições conceituais e referentes empíricos.

Com relação à avaliação do RE Estado da deglutição: modificação da ordem dos indicadores; alteração na sequência de avaliação dos itens do indicador Avaliação estrutural da mastigação e a troca desse nome por “Integridade das estruturas envolvidas com a mastigação”; substituição do termo “apresente” por “relate” no referente empírico do indicador Desconforto com a deglutição do bolo; acréscimo do termo “após

a deglutição do bolo” ao indicador Limpeza da cavidade oral e do local em que o alimento poderá se acumular na cavidade oral (língua, bochechas, orofaringe ou por trás do véu palatino) no referente empírico, e troca do termo “limpeza” por “esvaziamento” no título do indicador; acréscimo da observação “Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva” aos referentes empíricos dos indicadores Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo, Tosse e Refluxo nasal.

Para a investigação do RE Prevenção da aspiração foram sugeridas as seguintes alterações: modificação da redação do referente empírico do indicador Identifica fatores de risco para a aspiração respiratória para “O examinador deverá citar os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração respiratória e perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam algum”; acrescentar a expressão “nos dentes, língua, bochechas, orofaringe ou por trás do véu palatino” ao item Ausência de restos alimentares na cavidade oral do indicador Manter cavidade oral limpa; retirar o número de interrupções que o paciente faz das magnitudes do indicador Posicionamento adequado para se alimentar; refazer o referente empírico do indicador Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição para “O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao cuidador se, após a alimentação, mantém-se com a cabeceira elevada (30° a 45°) por no mínimo 30 minutos”; acrescentar a expressão “Inicialmente, o examinador deverá perguntar ao paciente ou ao seu cuidador, se ele já apresentou algum desconforto com a alimentação. Caso tenha apresentado algum desconforto, o examinador deverá citar cada um dos sinais de disfagia e perguntar se é modificada a consistência dos alimentos na presença desses sinais” e também modificar a magnitude 5 (Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, por não apresentar nenhum desconforto com a alimentação ou por modificar a consistência dos alimentos, no mínimo após um sinal de disfagia) do indicador Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada.

Corrigidas todas as alterações solicitadas pelos juízes clínicos, foi iniciada a avaliação. Aqui, não foi estabelecida uma sequência para as duas duplas avaliarem o paciente, mas ele era avaliado no mesmo dia, em horários diferentes, uma vez que as duplas não poderiam ficar simultaneamente no mesmo local da coleta de dados, pois isso poderia influenciar aquela que estava sem as definições dos indicadores.

Para evitar cansaço do paciente devido à repetição dos procedimentos, a observação da maior parte dos indicadores foi realizada ao mesmo tempo pelos enfermeiros da mesma dupla. Entretanto, a avaliação de itens que envolviam a manipulação de alguma estrutura do corpo era realizada individualmente, como no caso dos indicadores: Integridade das estruturas envolvidas com a mastigação, Elevação da laringe, Refluxo nasal, Limpeza da cavidade oral após a deglutição do bolo e Manter cavidade oral limpa. Logo, as duplas abordavam o paciente em sequência, mas os registros eram feitos separadamente.

Ao final da avaliação dos REs em estudo, um dos enfermeiros da dupla que continha as definições elaboradas, identificava os fatores de risco para aspiração respiratória, utilizando o instrumento previamente elaborado por Cavalcante (2011), que investigou a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes após o AVC (APÊNDICE E).

3.6 Análise dos dados

De posse dos dados, estes foram compilados em planilha do programa Excel 8.0, processados e analisados com auxílio do SPSS, versão 20.0 e R versão 2.10, para apresentação dos dados em frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

Para verificar a reprodutibilidade das avaliações realizadas pelas duplas de avaliadores, estimou-se o coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Nesse caso, a avaliação foi realizada intragrupo, ou seja, comparou-se a correlação entre os enfermeiros que utilizaram a mesma estratégia. Com isso, pretendeu-se avaliar o grau de relação entre os avaliadores que usaram ou não as definições conceituais e os referentes empíricos. Nesse caso, o CCI verifica tanto a similaridade entre as avaliações, como identifica se as mensurações crescem ou decrescem em conjunto. Valores do CCI próximos de 1 indicam maior concordância entre as avaliações.

No segundo momento, utilizou-se o teste de Friedman para verificar a diferença de mediana entre os quatro enfermeiros. No caso de diferença estatisticamente significativa, procedeu-se à análise *post hoc* pelo método da diferença mínima significativa (DMS). Esse método estima um valor mínimo entre as diferenças dos postos na comparação dois a dois entre os avaliadores, ou seja, após calculado o valor da DMS, são calculados os valores entre as diferenças de média dos postos de cada

avaliador em cada grupo com e sem as definições conceituais e referentes empíricos. Quando o valor entre as diferenças das médias de postos de dois avaliadores é maior que a DMS calculada, considera-se que houve diferença estatística significativa entre as avaliações daqueles dois avaliadores.

Por fim, foi realizada a análise de *Clusters* não hierárquica para avaliar se os indicadores seriam agregados nos resultados similares aos originais da NOC. Assim como para os outros testes, a análise foi feita separadamente para o grupo que utilizou e para o que não utilizou as definições.

Salienta-se que, para todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

3.7 Aspectos administrativos e éticos

Antes de ser iniciada a pesquisa, os objetivos do estudo foram explicados para os diretores da unidade hospitalar e, em seguida, solicitada a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

Posteriormente, a pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil, para apreciação por Comitê de Ética, em concordância com as determinações da Resolução 466/12 (ANEXO B) do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define as diretrizes e normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Após a aprovação (ANEXO B), os pacientes foram convidados para o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H). Nas situações em que os pacientes estavam impossibilitados de assinar, foi solicitada a assinatura de seus representantes legais (APÊNDICE I).

3.8 Financiamento do projeto

O financiamento para a execução da pesquisa foi proveniente da autora do estudo, a partir de recursos concedidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, através de bolsa de Demanda Social e por recursos disponibilizados por edital Universal do CNPq, mediante o processo 475490/2012-6.

4 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Participaram desta fase do estudo 81 pacientes internados na Unidade de AVC de num hospital de referência da cidade de Fortaleza.

Na Tabela 8, mostra-se a caracterização desses pacientes.

Tabela 8 – Caracterização dos pacientes com acidente vascular cerebral quanto ao sexo, situação civil, procedência, ocupação, idade, escolaridade, renda familiar. (N=81). Fortaleza, 2013

Variáveis	N						%
Sexo							
Masculino	47						58,0
Feminino	34						42,0
Situação civil							
Com companheiro	53						65,4
Sem companheiro	28						34,6
Procedência							
Capital do estado ¹	40						49,4
Outras cidades do estado ¹	39						48,1
Outros estados	2						2,5
Ocupação							
Não	45						55,6
Sim	36						44,4
	Média	DP²	Mediana	P25³	P75⁴	Valor p⁵	
Idade (anos)	56,28	14,51	59,00	42,00	67,00	0,019	
Escolaridade (anos)	5,49	4,75	4,00	1,00	9,00	0,000	
Renda familiar (reais)	1707,10	1592,79	1300,00	670,00	1950,00	0,000	

¹Somente do Ceará. ²DP – Desvio Padrão. ³P25 – Percentil 25. ⁴P75 – Percentil 75. ⁵Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Conforme apresentado na Tabela 8, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (58,0%), com companheiro (a) (65,4%) e procedente da capital do estado (Fortaleza) (49,4%).

Quanto à situação ocupacional, 55,6% deles não trabalhavam e, destes, 33 (73,39%) eram aposentados, seis (13,3%) eram donas de casa, cinco (11,1%) estavam desempregados e um (2,2%) era universitário. Destacaram-se os trabalhadores na agricultura (25,0%), as domésticas (13,9%) e aqueles que exerciam trabalhos autônomos (8,3%). Além dessas profissões, ainda surgiram outras, com menor representatividade.

A média de idade foi de 56,3 anos ($\pm 14,6$), variando de 24 a 90 anos. As variáveis idade, escolaridade e renda familiar apresentaram distribuição assimétrica

(valor $p < 0,05$). De acordo com o evidenciado, metade da amostra do estudo apresentava até 59 anos, frequentou a escola por cinco anos e recebia 1300 reais. A seguir, na Tabela 9 mostra-se o perfil clínico dos pacientes, segundo os indicadores de risco.

Tabela 9 – Perfil clínico dos pacientes com acidente vascular cerebral, segundo os indicadores de risco. Fortaleza, 2013

Variáveis	N	%				
Comorbidades						
Hipertensão arterial	47	58,0				
Diabetes mellitus	18	22,2				
Cardiopatia	12	14,8				
Dislipidemia	11	13,6				
Outras patologias	11	13,6				
Fatores de Risco						
História familiar de AVC	40	49,4				
História familiar de problemas cardíacos	33	40,7				
Sedentarismo	67	82,7				
Uso de anticoncepcional*	5	14,7				
Fumante ativo						
Sim	17	21,0				
Não	36	44,4				
Não atualmente	28	34,6				
Uso de bebida alcoólica						
Sim	45	55,6				
Não	29	35,8				
Não atualmente	7	8,6				
	Média	DP¹	Mediana	P25²	P75³	Valor p⁴
Tempo HAS (anos)	10,24	8,78	8,00	2,00	14,00	0,016
Tempo DM (anos)	11,42	6,23	12,00	5,00	15,50	0,200
Tempo cardiopatia (anos)	11,77	11,85	7,00	5,00	15,00	0,009
Tempo dislipidemia (anos)	7,06	12,19	3,00	0,30	6,00	0,000
Número de cigarros	21,13	17,38	22,00	5,00	35,00	0,000
Tempo de fumante (anos)	31,13	19,51	32,00	14,50	47,50	0,200

* Proporcional ao número de mulheres. ¹DP – Desvio Padrão. ²P25 – Percentil 25. ³P75 – Percentil 75.

⁴Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Quanto às situações clínicas que elevam o risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas e cerebrovasculares, expostos na Tabela 9, a hipertensão arterial foi a doença mais frequente (58,0%) e medianamente estava diagnosticada há oito anos. No entanto, 75% dos pacientes tinham conhecimento da doença há 14 anos. A diabetes mellitus e as cardiopatias estiveram presentes em 22,2% e 14,8%, respectivamente, enquanto que a dislipidemia foi mencionada por 13,6% dos pacientes. Além dessas condições, 11 pacientes relataram apresentar outro problema de saúde, sendo mais frequente a Insuficiência Renal Crônica (18,2%).

Ao se avaliar o tempo de ocorrência dessas situações clínicas, excetuando o da diabetes, todos apresentaram distribuição assimétrica (valor p 0,05). Ressalta-se também que a maioria (P75) já apresentava a doença há um longo período, superior aos 10 anos.

No tocante aos outros fatores de risco, a história familiar de AVC e o sedentarismo foram os mais presentes na população estudada, com 49,4% e 82,7%, respectivamente. Faz-se ressalva que, para os 14 pacientes praticantes de atividade física, apenas oito faziam de uma forma adequada, ou seja, no tempo superior a 30 minutos e numa frequência superior a três vezes por semana.

Quanto ao hábito de fumar, 21% declararam serem fumantes ativos e 34,6% dos pacientes afirmaram já ter fumado anteriormente. Ao se investigar essa prática, em média os pacientes fumavam havia 31,13 anos e consumiam medianamente 22 cigarros por dia.

Já, com relação ao consumo de bebida alcoólica, 55,6% referiram ingestão atual e 8,6% faziam isso anteriormente. Quanto à frequência de ingestão de bebida alcoólica, dos que bebiam 30 (57,6%) faziam isso de forma semanal, sete (13,5%) mensalmente, oito (15,4%) de forma anual e sete (13,5%) bebiam diariamente.

Na Tabela 10, retrataram-se as características clínicas do acidente vascular cerebral e as suas implicações para os pacientes.

Tabela 10 – Caracterização do tipo de acidente vascular cerebral, número, localização, grau de dependência e fatores de risco para aspiração. (N=81). Fortaleza, 2013

Variáveis	N	%
Tipo de AVC		
Isquêmico	71	87,7
Ataque isquêmico transitório	5	6,2
Indeterminado	3	3,7
Hemorragico	2	2,5
Número de episódios de AVC		
Um	15	18,5
Dois ou mais	66	81,5
Localização do AVC		
Não especificado	38	46,9
Hemisfério direito	22	27,1
Hemisfério esquerdo	17	21,0
Bilateral	2	2,5
Tronco encefálico	2	2,5
Dependência¹		
Nenhuma incapacidade significativa	10	12,4

Leve incapacidade			15		18,5	
Incapacidade moderada			32		39,5	
Incapacidade moderadamente severa			24		29,6	
Fatores de risco para aspiração respiratória¹						
Desordens neurológicas			81		100,0	
Reflexo de vômito diminuído ou ausente			24		29,6	
Mobilidade corporal diminuída			21		25,9	
Disfagia			12		14,8	
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente			10		12,3	
Cabeceira do leito baixa			8		9,9	
	Média	DP²	Mediana	P25³	P75⁴	Valor p⁵
Tempo AVC (dias)	6,95	4,71	6,00	3,25	10,00	0,004
Escala de Rankin admissão	3,32	0,98	4,00	3,00	4,00	0,000
Escala de Rankin atual	2,85	0,98	3,00	2,00	4,00	0,000
Escala NIH admissão	7,85	5,99	7,00	3,00	12,50	0,051
Escala NIH atual	5,00	4,80	4,00	1,00	8,00	0,000

¹Nenhum paciente utilizava sondas enterais. ²DP – Desvio Padrão. ³P25 - Percentil 25. ⁴P75 - Percentil 75. ⁵Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Como representado na Tabela 10, a maioria dos pacientes apresentou AVC do tipo isquêmico (87,7%), mas em 46,9% dos casos não foi possível identificar a localização do *ictus*. No entanto, 27,1% dos pacientes apresentaram comprometimento do hemisfério direito.

Quanto ao número de episódios, 81,5% da amostra apresentaram dois ou mais eventos. No tocante ao tempo de ocorrência, houve distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), ou seja, metade da população foi avaliada após seis dias de ocorrência do AVC.

O grau de dependência determinado pela escala Rankin demonstrou que 39,5% tinham dependência moderada, e 29,6%, dependência moderadamente severa para a execução das atividades de autocuidado. Comparando as notas dessa escala obtidas na admissão do paciente com as do momento da entrevista, percebeu-se que houve uma diminuição da nota, ou seja, os pacientes chegavam na unidade com dependência maior, e esta, ao longo do tempo e com a atuação da terapêutica medicamentosa e da prática de reabilitação, ia diminuindo. Destaca-se que as duas notas apresentaram distribuição também assimétrica atualmente (valor $p < 0,05$) e que metade da população apresentou nota em torno de 4 e 3, na admissão e no momento do estudo, respectivamente.

A severidade do AVC, mensurada pelo NIH, igualmente confirmou os dados de diminuição da dependência nos dois momentos, uma vez que para metade da população a nota foi reduzida de 7 para 4.

Dos pacientes avaliados, 2,5% relataram apresentar complicações respiratórias, como a dispneia; e em 2,5% percebeu-se a presença de desnutrição. Quanto à ingestão alimentar, 70,4% dos pacientes faziam uso dos três tipos de alimentos (líquido, pastoso e sólido); 17,3% dos pacientes alimentavam-se com dieta líquida ou pastosa, 3,7% somente comiam alimentos líquidos e sólidos e aqueles que comiam apenas alimentos pastoso ou sólido ou pastoso e sólido representavam 1,2%. Destaca-se que entre os pacientes que ingeriam alimentos líquidos, 12,3% faziam uso de espessante alimentar.

Entre os indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, sobressaíram, além da ocorrência de desordens neurológicas, uma vez que todos os pacientes estavam internados por apresentar um episódio de AVC, os seguintes fatores de risco: Reflexo de vômito diminuído ou ausente (29,6%) e Mobilidade corporal diminuída (25,9%). Apenas o fator de risco Uso de tubos gastrointestinais não esteve presente na população estudada.

Ressalta-se que o atendimento por uma equipe multiprofissional permite um melhor acompanhamento dos pacientes com AVC. E como o enfermeiro é o profissional da saúde que passa maior tempo na assistência direta a esses pacientes, é importante que saiba avaliar tais indicadores clínicos para garantir tanto a evolução, como a melhor terapêutica para esses pacientes, como já foi amplamente discutido. Sendo assim, na Tabela 11 expõe-se a comparação entre os grupos de avaliadores que utilizaram as definições conceituais e referentes empíricos e os que não utilizaram.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação intraclassa entre duplas de enfermeiros que usaram ou não definições operacionais para mensurar os indicadores dos resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013

INDICADORES	COM DEFINIÇÕES			SEM DEFINIÇÕES		
	CCI ¹	IC95% ²	VALOR P	CCI ¹	IC95% ²	VALOR P
RE Estado da deglutição						
Capacidade de levar os alimentos até a boca	1,000			0,405	0,206-0,571	0,001
Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo	1,000			0,123	-0,070-0,314	0,105
Integridade das estruturas da mastigação	0,971	0,955-0,981	0,001	0,626	0,368-0,775	0,001
Capacidade de manter o conteúdo oral na boca	0,915	0,871-0,945	0,001	0,213	0,010-0,403	0,013
Elevação da laringe	0,899	0,848-0,934	0,001	-0,016	-0,207-0,184	0,564
Desconforto com a deglutição do bolo	0,967	0,950-0,979	0,001	0,615	0,461-0,734	0,001
Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo	0,994	0,990-0,996	0,001	0,284	0,077-0,470	0,004
Tosse	0,992	0,987-0,995	0,001	-0,071	-0,260-0,131	0,761
Refluxo nasal	-	-	-	-	-	-
Aspiração respiratória	0,972	0,957-0,982	0,001	-0,021	-0,232-0,193	0,577
RE Prevenção da aspiração respiratória						
Identifica fatores de risco para aspiração respiratória	1,000			0,134	-0,057-0,323	0,080
Manter a cavidade oral limpa	0,943	0,905-0,965	0,001	0,301	0,081-0,492	0,001
Posicionamento adequado para se alimentar	-	-	-	0,047	-0,168-0,260	0,335
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	1,000			0,389	0,189-0,559	0,001
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	0,912	0,866-0,942	0,001	0,053	-0,052-0,186	0,052
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral	0,988	0,981-0,992	0,001	-0,049	-0,265-0,171	0,669

CCI¹ - Coeficiente de correlação intraclassa; IC95%² - Intervalo de confiança de 95%.

A partir da análise da Tabela 11, verificou-se que o grupo de avaliadores com o instrumento contendo as definições conceituais e referentes empíricos apresentou CCI superior a 0,80 para todos os indicadores avaliados e quatro indicadores apresentaram absoluta correlação ($r=1.000$). Destaca-se que todas essas correlações foram estatisticamente significantes.

Para o grupo de avaliadores que não utilizou instrumento com definições, apenas sete indicadores apresentaram correlação significativa: Capacidade de levar os alimento até a boca, Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Desconforto com a deglutição do bolo, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo, Manter a cavidade oral limpa e Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição. No entanto, para todos os indicadores avaliados, o CCI foi baixo ($r < 0.75$).

Ressalta-se que na avaliação das duas duplas, o indicador Refluxo nasal não apresentou variância, ou seja, recebeu a mesma nota para todos os pacientes nos dois grupos. Na Tabela 12 está a comparação dos postos médios entre os grupos avaliadores que utilizaram e os que não utilizaram definições conceituais e referentes empíricos.

Tabela 12 – Comparação entre os postos médios de enfermeiros que usaram ou não definições para mensurar os resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013

INDICADORES	COM DEFINIÇÕES		SEM DEFINIÇÕES		Valor p ¹
	1	2	1	2	
RE Estado da deglutição					
Capacidade de levar os alimentos até a boca	2,83 ^a	2,83 ^a	2,12 ^b	2,23 ^b	0,001
Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo	2,59 ^a	2,59 ^a	2,19 ^a	2,63 ^a	0,001
Integridade das estruturas da mastigação	2,06 ^a	2,04 ^a	2,64 ^b	3,27 ^c	0,001
Capacidade de manter o conteúdo oral na boca	1,98 ^a	1,87 ^a	2,88 ^b	3,28 ^b	0,001
Elevação da laringe	2,23 ^a	2,19 ^a	2,65 ^{a,b}	2,93 ^b	0,001
Desconforto com a deglutição do bolo	2,34 ^a	2,36 ^a	2,61 ^{a,b}	2,69 ^{a,b}	0,001
Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo	2,41 ^a	2,43 ^a	2,46 ^a	2,70 ^a	0,012
Tosse	2,14 ^a	2,19 ^{a,c}	2,70 ^{b,c}	2,98 ^b	0,001
Refluxo nasal	2,50 ^a	2,50 ^a	2,50 ^a	2,50 ^a	0,001
Aspiração respiratória	1,78 ^a	1,83 ^a	3,17 ^b	3,23 ^b	0,001
RE Prevenção da aspiração respiratória					
Identifica fatores de risco para aspiração respiratória	2,75 ^a	2,75 ^a	1,94 ^b	2,56 ^{a,c}	0,001
Manter a cavidade oral limpa	2,09 ^a	2,28 ^a	2,43 ^a	3,20 ^c	0,001
Posicionamento adequado para se alimentar	2,75 ^a	2,75 ^a	2,13 ^b	2,36 ^{a,b}	0,001
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	2,85 ^a	2,85 ^a	2,28 ^b	2,03 ^b	0,001
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	2,79 ^a	2,82 ^a	2,90 ^{a,b}	1,49 ^c	0,001
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral	2,43 ^a	2,44 ^a	2,52 ^a	2,62 ^a	0,415

¹Teste de Friedman. a,b,c - Calculados com base na Diferença Mínima Significante (DMS=0,535).

Na análise de variância não paramétrica pelo teste de Fridman, apenas o indicador Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral não apresentou

diferença significativa ($p > 0,05$). Com a comparação intragrupo *post hoc* pelo cálculo da Diferença Mínima Significante, houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições para todos os indicadores. Já para o grupo que utilizou o instrumento sem essas definições, a similaridade pelo DMS não foi percebida entre Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Identifica fatores de risco para aspiração respiratória, Manter a cavidade oral limpa e Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada.

Ao fazer a comparação intergrupo, a DMS foi totalmente diferente ($DMS > 0,535$) para os indicadores Capacidade de levar os alimentos até a boca, Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Aspiração respiratória, Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição. No entanto, o método da DMS não identificou diferenças nas avaliações intergrupo para os indicadores Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo, Desconforto com a deglutição do bolo, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo e Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral.

Ressalta-se que as diferenças entre as avaliações dos dois grupos, em algumas situações, diferiu apenas para um dos examinadores. Nesse caso, para os indicadores Elevação da laringe, Tosse, Manter a cavidade oral limpa, Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, a DMS foi menor entre o avaliador 1 do grupo com instrumento sem definições e o avaliador 2 do grupo com instrumento contendo as definições. Para complementar a avaliação dos indicadores, na Tabela 13, a seguir, apresenta-se a análise de *cluster* não hierárquica para os dois grupos de avaliadores.

Tabela 13 – Análise de *cluster* não hierárquica dos indicadores do Estado da deglutição e da Prevenção da aspiração respiratória que foram avaliados com ou sem definições operacionais em pacientes com acidente vascular cerebral. (N=81). Fortaleza, 2013

INDICADORES	COM DEFINIÇÕES			SEM DEFINIÇÕES		
	Cluster Final			Cluster Final		
	1	2	Valor p ¹	1	2	Valor p ¹
RE Estado da deglutição						
Capacidade de levar os alimentos até a boca	5	5	0,003	4	4	0,380
Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo	5	5	0,000	5	5	0,013
Integridade das estruturas da mastigação	2	3	0,000	4	4	0,011
Capacidade de manter o conteúdo oral na boca	3	4	0,000	5	5	0,024
Elevação da laringe	4	5	0,001	5	5	0,005
Desconforto com a deglutição do bolo	5	5	0,650	5	5	0,326
Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo	3	5	0,000	5	5	0,216
Tosse	2	5	0,000	5	5	0,011
Refluxo nasal	5	5	-	5	5	-
Aspiração respiratória	3	4	0,000	5	5	0,047
RE Prevenção da aspiração respiratória						

Identifica fatores de risco para aspiração respiratória	4	4	0,933	3	4	0,005
Manter a cavidade oral limpa	2	3	0,000	3	4	0,004
Posicionamento adequado para se alimentar	5	5	0,000	5	5	0,172
Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	3	4	0,046	3	2	0,098
Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	4	4	0,278	5	1	0,000
Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral	5	5	0,626	5	5	0,615

¹Teste de Friedman.

A partir da análise apresentada na Tabela 13, foi possível a elaboração de dois *clusters*, nos quais se dividiram os indicadores dos dois resultados de enfermagem estudados. O agrupamento do grupo de avaliadores com definições apresentou melhor distribuição quando comparada com o grupo que não usou. No entanto, o número de indicadores que apresentou agrupamentos estatisticamente significativo pelo Teste F foi similar entre os grupos estudados.

Ao analisar esses *clusters* dos avaliadores com definições, percebeu-se que o grupo 2, relacionado ao RE Prevenção da aspiração respiratória incluiu um número maior de indicadores, como Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Elevação da laringe, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo, Tosse, Aspiração respiratória, Manter a cavidade oral limpa e Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição. Já os indicadores Capacidade de levar os alimentos até a boca, Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo, Identifica fatores de risco para aspiração respiratória e Posicionamento adequado para se alimentar apresentaram *clusters* iguais para os dois resultados em estudo.

Quando se observa os *clusters* do grupo que utilizou instrumento sem definições que apresentaram significância estatística, os indicadores poderiam ser alocados nos dois REs estudados, exceto o Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, que apresentou um peso maior para o RE Estado da deglutição.

Ao finalizar as três fases de validação dos resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória apresentados pelos pacientes com acidente vascular cerebral, segue-se o produto final da tese apresentado nos Quadros 33 e 34.

No entanto, comparando-se com a etapa anterior, de validação de conteúdo, ouve novamente uma revisão do indicador Refluxo Nasal, após a validação clínica. Segundo a apreciação de novos juízes, o refluxo nasal não poderia ocorrer de forma isolada, sendo importante também a investigação da regurgitação orofaríngea, a qual poderia ocorrer também quando os pacientes estavam sondados. Tal parecer foi incorporado ao produto final da tese e o indicador foi revisado para Regurgitação.

Quadro 33 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação clínica. Fortaleza, 2013

Estado da deglutição: Transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaringe		
1. CAPACIDADE DE LEVAR OS ALIMENTOS ATÉ A BOCA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador levar todo o alimento e/ou líquido contido em um utensílio até a boca.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá colocar um utensílio (copo, colher, prato) contendo o alimento (dieta pastosa) diante do paciente e observar se ele consegue pegar o conteúdo e levar até a boca. Deve-se verificar se ele faz isso sozinho, com ajuda de terceiros ou se faz adaptações, como aproximar a boca do utensílio, utilizar material apropriado que favoreça a pega do utensílio.	1	Não consegue pegar o alimento mesmo com a ajuda de terceiros e/ou uso de adaptações.
	2	Consegue pegar o alimento e levar até a boca dependendo totalmente da ajuda de terceiros.
	3	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas depende parcialmente da ajuda de terceiros.
	4	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas necessita de adaptações.
	5	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, sem adaptações ou ajuda de terceiros.
	NA	Não se aplica.
2. CONTROLE POSTURAL DA CABEÇA E PESCOÇO EM RELAÇÃO AO CORPO		
Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, o examinador deverá observar, por um tempo de 1 minuto, o alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra.	1	Incapaz de alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.
	2	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas é incapaz de manter a posição pelo tempo mínimo de 1 minuto, mesmo com apoio.
	3	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, com apoio, por 1 minuto ou mais.
	4	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, sem apoio, por 1 minuto ou mais.
	5	Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição por 1 minuto ou mais.

	NA	Não se aplica.
3. INTEGRIDADE DAS ESTRUTURAS ENVOLVIDAS COM A MASTIGAÇÃO		
Definição conceitual: Avaliação da integridade das estruturas da mastigação necessárias para o início do processo digestivo.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá observar sem a utilização de dieta:</p> <p>1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula.</p> <p>2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de prensão dos lábios. O examinador deverá pedir para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar.</p> <p>3. BOCHECHA: a) Sensibilidade: extraoral (solicitar que o paciente mantenha os olhos fechados. O examinador deve tocar com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intraoral (também avaliado com olhos fechados. O examinador deverá tocar com a espátula diferentes pontos da cavidade oral com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique o local); b) tônus: o examinador, com a mão enluvada, deverá tocar a parte interna das bochechas e verificar a sua tonicidade).</p> <p>4. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (pedir para o paciente, com a boca aberta, estender a língua o mais para frente possível e depois retraindo); Lateralização (pedir para o paciente tocar cada parte da cavidade oral, mantendo a boca fechada, e repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (pedir para o paciente deixar a boca toda aberta e fazer a língua tocar o palato e depois retornar à posição anatômica, alternar elevação e retorno); b) Força da língua: O examinador irá testar com o paciente mantendo a boca aberta. Pedir que faça resistência aos movimentos realizados de empurrar a língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo.</p> <p>5. PALATO: O examinador deverá pedir para o paciente abrir a boca, produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários segundos. Observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, a úvula deve permanecer na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua com espátula para facilitar a visualização).</p> <p>6. DENTES: O examinador deverá solicitar que o paciente abra a boca e então deverá inspecionar os dentes, quanto a: a) Número (observar a quantidade de dentes, normal 28 dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria, para observar a oclusão de todos os dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verificar a sua adaptação.</p>	1	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.
	2	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.
	3	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.
	4	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.
	5	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.
	NA	Não se aplica.
4. CAPACIDADE DE MANTER O CONTEÚDO ORAL NA BOCA		
Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral favorecido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam:</p> <p>1. Simetria labial (pedir ao paciente para sorrir e verificar se há simetria);</p> <p>2. Manutenção da comissura labial em relação ao eixo horizontal (observar se a rima labial permanece no eixo</p>	1	Apresenta alterações nos quatro itens examinados.
	2	Apresenta alterações em três itens examinados.
	3	Apresenta alterações em dois itens examinados.

horizontal, sem desvios); 3. Vedamento labial (observar se o paciente sozinho consegue manter os lábios fechados); 4. Ausência de Sialorreia (observar se há produção excessiva de saliva).	4	Apresenta alterações em um dos itens examinados.
	5	Não apresenta alterações nos itens examinados.
	NA	Não se aplica.
5. ELEVAÇÃO DA LARINGE		
Definição conceitual: Elevação anterior e superior da laringe durante a deglutição.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá pedir para o paciente deglutir saliva enquanto monitora os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea: 1. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe que atinja em média dois dedos do examinador (Técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da mandíbula, dedo médio no osso hioide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireoide); 2. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe de forma coordenada; 3. Início imediato da elevação laríngea após deglutição; 4. Ausência de trepidações; 5. Ausência de movimentos compensatórios (Nota-se o esforço do paciente, por meio da movimentação da língua ou de colocar a cabeça para trás, o qual deve ser observado enquanto se procura sentir os movimentos laríngeos. Pode-se perceber quando ele consegue completar o ato, tanto porque ele cessa de fazer esforços e gestos faciais quanto porque o examinador nota que o movimento laríngeo finalmente se normaliza).	1	Ausência de elevação da laringe.
	2	Apresenta somente um sinal clínico envolvidos na elevação laríngea.
	3	Apresenta dois ou três sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	4	Apresenta somente quatro sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	5	Apresenta todos os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	NA	Não se aplica.
6. DESCONFORTO COM A DEGLUTIÇÃO DO BOLO		
Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar, como sensação de alimento parado na garganta, ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação ou engasgos após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
Inicialmente o examinador deverá perguntar se o paciente apresenta algum desconforto com a deglutição de alimentos ou saliva. Caso ele relate, realizar primeiro o teste de deglutição de saliva. Se ele não apresentar desconforto, além do teste da saliva, deverá ser realizado o teste com alimento na consistência pastosa (5 ml). Devem ser investigados após 1 minuto: 1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta; 2. Presença de tosse após a deglutição; 3. Queda de 2% na saturação de oxigênio; 4. Presença de engasgo após a deglutição. * Para a realização do teste, o paciente deve estar com oxímetro de pulso.	1	Apresenta todos os itens investigados.
	2	Apresenta três dos itens investigados.
	3	Apresenta dois dos itens investigados.
	4	Apresenta um dos itens investigados.
	5	Não apresenta nenhum dos itens investigados.
	NA	Não se aplica.
7. ESVAZIAMENTO DA CAVIDADE ORAL APÓS A DEGLUTIÇÃO DO BOLO		
Definição conceitual: Ausência de resíduos na cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
Inicialmente, o examinador deverá observar a limpeza da cavidade oral (língua, bochechas, orofaringe ou por trás	1	Paciente se encontra com a cavidade oral suja, antes do

<p>do véu palatino). Caso esteja limpa e o paciente consiga manter o conteúdo oral na boca, será oferecida uma dieta de consistência pastosa (5 ml). Nesse momento, o examinador deverá observar a ação da musculatura supra-hioide (ao redor da mandíbula), lateralização e rotação da mandíbula enquanto deglute o alimento e a quantidade de tentativas que ele faz para esvaziar o conteúdo oral. Depois de 1 minuto, é realizada uma nova inspeção da cavidade oral para verificar se ele conseguiu esvaziá-la.</p> <p>* Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.</p>		oferecimento da nova dieta.
	2	Paciente consegue manter o alimento na boca, mas não apresenta nenhuma ação da musculatura ao redor da mandíbula.
	3	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, mas não consegue esvaziar a cavidade oral.
	4	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em mais de uma tentativa.
	5	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em uma tentativa.
	NA	Não se aplica.

8. TOSSE

Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexa ou voluntária), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a deglutição do bolo alimentar).

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá avaliar os seguintes pontos:</p> <p>1. Tosse voluntária: Solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea). Caso o paciente não apresente tosse voluntária, não será realizado o segundo teste.</p> <p>2. Tosse Reflexa: Observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição primeiro de saliva e depois de um volume de 5 ml de alimento pastoso).</p> <p>* Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.</p>	1	Tosse voluntária ausente.
	2	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa após a deglutição.
	3	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.
	4	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.
	5	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.
	NA	Não se aplica.

9. REGURGITAÇÃO

Definição conceitual: Regurgitação ou refluxo de alimento para dentro da cavidade orofaríngea ou nasal de forma espontânea.

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>Inicialmente o examinador deverá observar a presença de alimento retido na narina ou na orofaringe ou por trás do véu palatino. Caso o paciente não apresente resíduos iniciais, repetir a observação 1 minuto após a ingestão de alimento de consistência pastosa (5 ml) e verificar a presença das seguintes evidências de regurgitação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resíduos alimentares diretamente na cavidade oral ou orofaringe ou por trás do véu palatino; 2. Resíduos alimentares dentro das narinas; 	1	Presença de regurgitação antes da ingestão da dieta oferecida.
	2	Presença das três evidências de regurgitação após a ingestão da dieta oferecida.
	3	Presença de duas evidências de regurgitação após a

<p>3. Espirros.</p> <p>* Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.</p>		ingestão da dieta oferecida.
	4	Presença de uma evidência de regurgitação após a ingestão da dieta oferecida.
	5	Ausência de qualquer evidência de regurgitação após a ingestão da dieta oferecida.
	NA	Não se aplica.
10. ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA		
Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória:</p> <p>1. Disfonia: O examinador deve observar o padrão da fala do paciente e avaliar as alterações na qualidade vocal (voz rouca, em sussurros, muda) e intensidade da voz (voz alta, forçada, sufocando).</p> <p>2. Disartria: O examinador deverá solicitar para o paciente falar as seguintes palavras, como PATACA, CARRO, CAVALO, COQUEIRO, CADEIRA, TESOURA, e enquanto ele fala deverá observar os movimentos labiais, linguais e mandibulares. Além disso, é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças.</p> <p>3. Reflexo de vômito anormal: O examinador deverá avaliar por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente.</p> <p>4. Tosse voluntária anormal: O examinador deverá solicitar que o paciente tussa. A tosse voluntária é considerada anormal quando a resposta é diminuída ou ausente.</p> <p>5. Tosse depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão primeiro de saliva e depois de 5 ml de alimento pastoso.</p> <p>6. Mudança de voz depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de saliva e alimento pastoso (5 ml), como voz molhada, rouquidão.</p>	1	Apresenta todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.
	2	Apresenta quatro ou cinco sinais clínicos de aspiração respiratória.
	3	Apresenta três sinais clínicos de aspiração respiratória.
	4	Apresenta um ou dois sinais clínicos de aspiração respiratória.
	5	Ausência de sinais clínicos de aspiração.
	NA	Não se aplica.

Quadro 34 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Prevenção da aspiração respiratória de pacientes após acidente vascular cerebral, depois da validação clínica. Fortaleza, 2013

Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
1. IDENTIFICA FATORES DE RISCO PARA A ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador identificar os fatores de risco para a aspiração respiratória.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá citar os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração respiratória e perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam algum. *Os fatores de risco são: 13. Presença de alterações neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer); 14. Nível de consciência e orientação alterados; 15. Dificuldade para deglutir; 16. Higiênização oral inadequada; 17. Uso de cabeceira baixa durante a alimentação e/ou permanece assim após a alimentação; 18. Não interrompe a dieta ao ter a cabeceira abaixada; 19. Reflexo de tosse prejudicado ou ausente; 20. Idade acima dos 60 anos; 21. Uso de medicação como sedativos; 22. Mobilidade corporal diminuída; 23. Tempo de esvaziamento gástrico diminuído; 24. Pneumonia recorrente.	1	Incapaz de identificar os fatores de risco.
	2	Capaz de identificar até três fatores de risco.
	3	Capaz de identificar de quatro a seis fatores de risco.
	4	Capaz de identificar de sete a nove fatores de risco.
	5	Capaz de identificar dez ou mais fatores de risco.
	NA	Não se aplica.
2. MANTER CAVIDADE ORAL LIMPA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador conseguir manter a cavidade oral limpa.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá observar se o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador consegue manter a cavidade oral limpa, usando como parâmetros: 5. Ausência de restos alimentares na cavidade oral (nos dentes, língua, bochechas, orofaringe ou por trás do véu palatino); 6. Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou tártaros. Se usar próteses, estas se encontram bem adaptadas e limpas; 7. Ausência de sujidade na língua; 8. Ausência de halitose.	1	Apresenta alterações em todos os itens avaliados.
	2	Apresenta alterações em três itens avaliados.
	3	Apresenta alterações em dois itens avaliados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens avaliados.
	5	Não apresenta alterações em nenhum dos itens avaliados.
	NA	Não se aplica.
3. POSICIONAMENTO ADEQUADO PARA SE ALIMENTAR		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente durante a alimentação manter-se na posição adequada (sentado ou com cabeceira elevada a 30°-45° ou, se necessário, fica de decúbito		

lateral direito com a cabeça fletida), sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá perguntar para o paciente ou para o cuidador se durante toda a alimentação: - Mantém-se com a cabeceira elevada (30° a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida para se alimentar por sondas gastrointestinais. - Caso permaneça na posição adequada, perguntar se interrompe a alimentação para ajustar o posicionamento.	1	Não se mantém na posição adequada para se alimentar.
	2	Mantém-se na posição adequada para se alimentar durante curto espaço de tempo.
	3	Mantém-se na posição adequada para se alimentar durante algum tempo.
	4	Mantém-se na posição adequada para se alimentar durante a maior parte do tempo.
	5	Mantém-se na posição adequada para se alimentar durante todo o tempo.
	NA	Não se aplica.
4. PERMANECE NA POSIÇÃO ERETA POR 30 MINUTOS APÓS A REFEIÇÃO		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se na posição ereta (sentado ou com cabeceira elevada a 30° ou 45°) por 30 minutos após a refeição, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao cuidador se, após a alimentação, mantém-se com a cabeceira elevada (30° a 45°) por no mínimo 30 minutos.	1	Não permanece na posição ereta após a refeição.
	2	Permanece na posição ereta até 9 minutos após a refeição.
	3	Permanece na posição ereta após a refeição de 10 a 19 minutos.
	4	Permanece na posição ereta após a refeição de 20 a 29 minutos.
	5	Permanece na posição ereta após a refeição por 30 minutos ou mais.
	NA	Não se aplica.
5. SELECIONA ALIMENTOS E LÍQUIDOS COM A CONSISTÊNCIA ADEQUADA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, selecionar alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
Inicialmente, o examinador deverá perguntar ao paciente ou ao seu cuidador se ele já apresentou algum desconforto com a alimentação. Caso tenha apresentado algum desconforto, o examinador deverá perguntar se é modificada ou solicitada a modificação da consistência dos alimentos na presença desse(s) sinal(is). * Os sinais de disfagia são: 13. Dificuldade para deglutir;	1	Não seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois não os modifica ou não solicita a modificação após a presença de sinal(is) de disfagia.
	2	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de oito ou mais sinais de disfagia.

14. Tempo aumentado de deglutição; 15. Sensação de alimento parado na garganta; 16. Tosse; 17. Engasgo; 18. Cianose; 19. Sudorese; 20. Escape de alimento pela boca; 21. Mudança na voz; 22. Regurgitação nasal; 23. Fadiga; 24. Desconforto respiratório.	3	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de quatro a sete sinais de disfagia.
	4	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de dois ou três sinais de disfagia.
	5	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, por não apresentar nenhum desconforto ou por modificar ou solicitar a modificação da alimentação após um sinal de disfagia.
	NA	Não se aplica.
6. UTILIZA UTENSÍLIOS ADEQUADOS PARA OFERTA SEGURA DE ALIMENTOS POR VIA ORAL		
Definição conceitual: Utiliza utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura de alimentos por via oral.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá perguntar para paciente ou para o seu cuidador quais tipos de utensílios (copos, talheres, canudos, seringas) são utilizados para ofertar os alimentos durante a refeição de forma segura.	1	Não utiliza copos e/ou talheres para se alimentar nas refeições, logo o alimento é fornecido por seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	2	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e seringas e/ou canudos para alimentos pastosos ou líquidos em todas as refeições.
	3	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e pastosos e seringas e/ou canudos para alimentos líquidos em todas as refeições.
	4	Utiliza copos e/ou talheres para se alimentar, mas em algumas refeições utiliza seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	5	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, independente da consistência.
	NA	Não se aplica.

5 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, o foco foi a construção de definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores direcionados à avaliação dos resultados de enfermagem Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória em pacientes com AVC. Conforme já discutido, tais situações clínicas têm destacada representatividade nessa parcela da população, o que torna importante a execução de trabalhos nessa área. É fundamental a discussão inicial sobre o perfil do paciente com AVC, para facilitar a compreensão dos indicadores dos REs, os quais foram submetidos à validação clínica.

A cada ano, 795 mil pessoas apresentam novo ou recorrente episódio de AVC. Aproximadamente, 610 mil têm o primeiro evento. Dados sobre a mortalidade nos Estados Unidos evidenciaram que o AVC é responsável por uma em cada 18 mortes e que, em média, a cada 40 segundo alguém tem um episódio da doença. No entanto, apesar de ser responsável pela segunda causa de morte no mundo e estar associado à principal causa de incapacidade em vários países, de 1998 a 2008 a taxa de mortalidade caiu 34,8% e o número real de mortes por AVC caiu 19,4% (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012).

No Brasil, no século XXI, observa-se uma redução da taxa de mortalidade por AVC, no entanto, os valores continuam elevados, sendo superiores aos dos países desenvolvidos e aos da América do Sul, sendo ainda considerada a quarta maior taxa entre todos os países da América Latina (GARRITANO et al., 2010; LAVADOS et al., 2007).

De forma geral, dos 81 pacientes com AVC avaliados neste estudo, ao comparar a variável sexo, o masculino apresentou uma maior frequência na população estudada. No entanto, muito se vem discutindo a respeito da temática e não se tem uma relação única (sexo *versus* AVC). No estudo de Framingham de acompanhamento de pacientes com problemas cardiovasculares, as mulheres apresentaram um estilo de vida que proporciona mais riscos para AVC do que os homens. Quando se avaliou dos 55 aos 75 anos de idade, o risco de ter um AVC entre as mulheres foi de 5 para 1 (20% a 21%); e cerca de 1 em 6, para os homens (14% a 17%) (PETREA et al., 2009; REEVES et al., 2008).

Nesse caso, as mulheres têm menor incidência de AVC ajustada por idade do que os homens, mas essas diferenças sexuais podem ser modificadas pela idade. Dados de comparação apresentaram que as mulheres brancas entre 45 e 84 anos de idade têm menor risco de AVC do que os homens, mas essa associação é revertida em idades mais avançadas, tais que as mulheres com 85 anos de idade têm um risco elevado em comparação com os

homens (PETREA et al., 2009; REEVES et al., 2008). Além disso, mais mulheres do que homens morrem por AVC a cada ano nos EUA, por causa, principalmente, de haver mais idosas mulheres. Estima-se que, em 2008, 60,1% das mulheres acometidas por AVC nos EUA foram a óbito (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012).

Similar aos resultados do trabalho ora elaborado, o INTERSTROKE (O'DONNELL et al., 2010), nome de um estudo internacional, multicêntrico, envolvendo 22 países, designado para estabelecer a associação entre os fatores de risco tradicionais e emergentes com o AVC, ao fazer a avaliação de 3000 casos, encontrou que os indivíduos do sexo masculino também foram os mais acometidos (63%), assim como no estudo nacional de Moreno et al. (2008), no qual a proporção foi de 52,3%.

Diante disso, independente do sexo, é fundamental explorar a relação entre essas variáveis e a evolução do paciente. Essa preocupação foi encontrada no estudo chinês de Wang et al. (2013), no qual se verificou que, apesar de as mulheres estarem em menor proporção (38%), elas apresentaram, durante a internação, estado mais comatoso, maior dependência, grau de severidade do AVC avaliado pelo NIH maior e foram significativamente mais propensas a ter convulsão, infecção do trato urinário, pneumonia, úlcera por pressão e nova fibrilação atrial. E que, em comparação com os homens, são mais dependentes quando avaliadas 12 meses após o acidente vascular cerebral. Essa diferença encontrada no estudo permaneceu mesmo após o controle dos potenciais fatores de confusão.

Quando se analisa a idade, é amplamente discutida na literatura a relação entre o aumento da idade e o maior índice de AVC. Neste estudo, a média foi de 56,3 anos ($\pm 14,6$). Esse valor é inferior ao encontrado no INTERSTROKE, cuja média foi 61,1 anos ($\pm 12,7$) e também para o que envolveu somente pacientes da América Latina (65,6 anos ($\pm 13,4$)) (O'DONNELL et al., 2010). O mesmo se repetiu ao se comparar com a mediana de idade de 62,5 anos do estudo de Cavalcante et al. (2010), que avaliou somente indivíduos do Ceará, além disso, salienta-se que, nesse estudo, a média de idade foi estatisticamente inferior à observada em estudo nacional (média de 65,2 anos).

Estudo desenvolvido em países da União Europeia mostra que 6% das mortes de pacientes com doenças cerebrovasculares acomete indivíduos com idade inferior aos 65 anos e que as taxas de mortalidade no grupo etário mais idoso continua a diminuir. Além disso, evidenciou-se que em alguns países a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no grupo mais jovem também começou a reduzir. No entanto, em alguns países essas quedas têm retardado ou revertido entre alguns grupos etários, o que pode prenunciar um futuro de muita

sobrecarga da doença que afetará a capacidade dos sistemas de saúde para responder por tal situação (NICHOLS et al., 2013a; NICHOLS et al., 2013b). Diante disso, faz-se necessária a incorporação prévia de práticas de promoção da saúde visando à população principalmente jovem, que pode sofrer um grande impacto social e econômico.

Uma das medidas desenvolvidas pelo governo brasileiro, segundo Malta et al. (2006), foi a implementação do sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares para as doenças crônicas não transmissíveis, o qual deverá ser repetido a cada dois anos. Além de investigar características sociodemográficas e indicadores de risco, foram avaliadas as cantinas escolares das unidades amostradas. Acredita-se que essa parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação seja fundamental quando se pensa no investimento em programas para prevenção de doenças crônicas e promoção da saúde no ambiente escolar.

Conforme ressaltado pelos autores supracitados (MALTA et al., 2006), acredita-se que para mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução na ocorrência dessas doenças é necessário que haja investimentos em atividades de prevenção e promoção da saúde, no setor da Saúde e estabelecimento de parcerias entre todas as esferas da Administração Pública (representada pelos diferentes Ministérios – de Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Indústria e Comércio, entre outros), bem como empresas e organizações não governamentais.

No tocante à situação civil, a maioria dos avaliados vivia com companheiro (65,4%). Tal fato foi comum a outros estudos, como o de Wang et al. (2013), no qual 89,7% dos chineses com AVC eram casados, e no estudo de AlGhatrif et al. (2013), o qual avaliou 908 homens mexicanos, e destes 77,2% eram casados. Isso é importante, pois observa-se constantemente a figura de um cuidador, que na maioria das vezes é a esposa, emergir das relações familiares e a partir daí ajudar aquele que se encontra incapacitado por um AVC (OLIVEIRA et al., 2013).

Quando se analisou o contexto da escolaridade, metade da população tinha apenas quatro anos de estudo, além disso, outros sequer haviam frequentado a escola. Este perfil de escolaridade é inferior ao descrito no estudo desenvolvido por Moreira (2011). Já, ao avaliar a renda familiar, metade dos indivíduos recebia 1300 reais, nesse caso, superior ao encontrado

por Cavalcante et al. (2013), que investigou pacientes no contexto agudo (622 reais) e Moreira et al. (2011) no contexto de reabilitação (1000 reais)¹.

Ao se perguntar sobre a situação ocupacional, 55,6% deles não trabalhavam, destacando-se principalmente, nesse grupo, os aposentados. Somado-se a isso tem-se a baixa condição socioeconômica da população e o acesso limitado aos serviços de saúde primários, secundários e terciários.

Muito se discute a respeito da influência do nível socioeconômico e da escolaridade sobre a ocorrência do AVC. Avendano e Glymour (2008), ao estudar essas variáveis em idosos americanos com AVC, evidenciaram que a baixa renda familiar e a baixa escolaridade aumentam o risco para o aparecimento dessa condição clínica na população entre 50 e 64 anos de idade, mas não previram o risco para maiores de 65 anos. O mesmo foi apresentado posteriormente por Wu, Woo e Zhang (2013), que, ao avaliar a relação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a taxa de mortalidade por AVC, apresentou que as baixas expectativa de vida, alfabetização, escolaridade e renda *per capita* em grande parte estão relacionadas com a susceptibilidade ao desenvolvimento de acidente vascular cerebral, como com a baixa eficácia da prevenção primária e secundária.

Associado a isso, temos que a população estudada está situada na Região Nordeste, seja na capital ou no interior do Estado do Ceará. Como apresentado por Cavalcante et al. (2010), ao fazer a comparação entre os fatores de risco apresentados pelo estado, com os dos demais estados brasileiros, esse apresentou mais fatores estatisticamente significantes para a ocorrência do AVC.

Diante disso, a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde já discute a necessidade de os governos investirem recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos, de forma que seja garantido o acesso a meios para uma vida saudável e satisfatória. A Declaração de Adelaide afirma que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades sociais e educacionais existentes na sociedade, o que torna fundamental a busca por serviços promotores de saúde e criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002).

Contudo, deve ficar claro que para promover a saúde num país como o Brasil devem ser consideradas as desigualdades históricas sociais, de gêneros, entre brancos e

¹ O salário mínimo no Brasil em 2011 era de 545 reais e em 2013 esse valor aumentou para 678 reais.

negros, com relação à renda, acesso à educação e à saúde. Caso isso não seja observado, as práticas tornam-se repetitivas e sem se adequar à realidade que é extremamente mutável do processo saúde/doença (SILVA, 2006).

Além do perfil sociodemográfico descrito, o qual favorece a ocorrência de um AVC, os pacientes avaliados aqui apresentaram os seguintes fatores de risco: hipertensão arterial (58%), diabetes mellitus (22,2%), cardiopatias (14,8%), dislipidemias (13,6%), história familiar de AVC (49,4%), sedentarismo (82,7%), uso de fumo no presente/passado (55,6%), uso de bebida alcoólica no presente/passado (64,2%).

Ao comparar os resultados deste estudo com o inquérito telefônico realizado para se levantar os fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL), os dados foram bem semelhantes. Nesse caso, os fatores de risco nos homens foram: tabagismo, excesso de peso, consumo de bebidas alcoólicas, refrigerantes, sucos artificiais, carnes com excesso de gordura; nas mulheres, esses fatores foram: autoavaliação de saúde ruim, diagnóstico médico de hipertensão arterial e dislipidemia. Entre os fatores de proteção, os homens referiram maior frequência de realização de atividade física suficiente no tempo livre, enquanto que as mulheres apresentaram maior consumo de frutas, legumes e verduras (ISER et al., 2011).

No caso específico de Fortaleza, os dados apresentados pelo VIGITEL apontam para um aumento consistente na prevalência do excesso de peso, passando de 42,2% em 2006, para 53,7% no ano de 2011. O consumo de álcool apresentou aumento no ano de 2009, retornando ao patamar de 17,3% no ano de 2011. Por outro lado, há uma importante redução do sedentarismo, que passou de 31,4% em 2006, para 14,6% no ano de 2011. O mesmo ocorreu com o tabagismo, que reduziu de 16,3% para 10,3%, em 2011 (CEARÁ, 2012).

O INTERSTROKE apresentou fatores específicos que aumentaram os riscos para um AVC, como: histórico de hipertensão arterial (*odds ratio*=3,89), tabagismo (principalmente associado ao número de cigarros por dia) (OR=2,09), aumento da razão cintura: quadril (OR=1,65), histórico de diabetes mellitus (OR=1,36, consumo de mais de 30 drinques por mês ou consumo excessivo de álcool (OR=1,51), estresse, depressão e consumo também excessivo de carnes vermelhas e ovos (OR=1,35), alimentos fritos, pizza ou salgadinhos (OR=1,16) e cozinhar com banha de porco (OR=1,66). Os fatores de proteção detectados no estudo citado foram: prática regular de atividade física (OR=0,69), consumo de frutas (OR=0,61) e peixes (OR=0,78) (O'DONNELL et al., 2010).

No estudo de Cavalcante et al. (2010), realizado também no Ceará, encontraram-se 77,2% com hipertensão, 23,5% com diabetes, 31,9% de tabagistas e 21,2% de etilistas e essa proporção foi estatisticamente diferente dos valores encontrados nos estudos nacionais, ou seja, aqui os pacientes tiveram maior frequência de hipertensão arterial e menor frequência de tabagismo e etilismo. Já, para Carvalho et al. (2011), que também avaliou pacientes do Estado do Ceará, na fase aguda, esses fatores foram mais presentes: 88% com hipertensão, 46,8% com diabetes, 42,9% com AVC prévio, 42,5% com dislipidemia, 30,6% fumantes e 24,5% tinham história familiar de AVC.

Diante da presença de inúmeros fatores de risco para a ocorrência de um AVC, principalmente quando se observa os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros), cuja associação com doenças crônicas já está estatisticamente comprovada, torna-se fundamental que o governo pense na implementação de ações preventivas de maior impacto. Nesse sentido, observa-se que o Ministério da Saúde assumiu, como prioridade, a estruturação de um sistema de vigilância específico para essas doenças em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle, em todas as esferas do sistema de saúde, centrada nas seguintes ações: a) monitoramento das doenças; b) vigilância integrada dos fatores de risco e proteção; c) indução de ações de prevenção e controle e de promoção da saúde; e d) monitoramento e avaliação das intervenções (BRASIL, 2007).

Como algumas estratégias desenvolvidas pelo Brasil destacam-se: Inquérito Nacional de Fatores de Risco, realizado em 16 capitais no ano de 2003; Sistema de Vigilância e Monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares; aprovação e implementação da Estratégia Global para Alimentação, e Atividade Física e Saúde e a ratificação e implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo. Dessa forma, é essencial que o Brasil amplie a divulgação, a advocacia e a sensibilização dos gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que a vigilância e controle de doenças crônicas adquira caráter de prioridade (BRASIL, 2007; MALTA et al., 2006). Para isso, é fundamental que sejam continuamente divulgados os resultados de pesquisas como esta para mobilizar a discussão e continuação da implementação dessa temática como prioridade do governo.

Referente à caracterização do AVC, destacaram-se os casos de AVC isquêmico. Segundo a American Stroke Association (2012), a cada ano, 795 mil pessoas experienciam um novo (76,3%) ou recorrente AVC (23,7%). E, desses eventos, 87% são isquêmicos, 10% são hemorragias intracerebrais e 3% são hemorragias subaracnoides. Corroborando com essas

informações, o INTERSTROKE verificou que, nos 22 países estudados, 78% dos AVCs foram do tipo isquêmico, 44% causados por um comprometimento da circulação de pequenos vasos, que em 52% das situações provocou um infarto parcial da circulação anterior (O'DONNELL et al., 2010).

Smith et al. (2013), no estudo desenvolvido nos EUA que avaliou 333.865 pacientes internados por AVC, no período de 2001 a 2007, encontraram que 82,4% dos pacientes apresentaram AVC isquêmico; 11,2%, intracerebral; 2,6%, subaracnoide; e 3,8% do tipo indeterminado. Além disso, a mortalidade variou segundo o tipo de evento, sendo maior para os casos de pacientes com evento hemorrágico (27,2%), e o grau de severidade do AVC para os pacientes que sobreviveram foi baixo (NIH=4). Ressalta-se que, para os pacientes que faleceram, essa média ficou em torno dos 19 pontos.

Em consonância com essas informações, destaca-se que os pacientes incluídos no presente estudo também apresentavam moderada dependência. Esses dados corroboram com os apresentados por Carvalho et al. (2011), ao discutirem que 72,3% dos pacientes avaliados tinham dependência moderada ou grave.

Isso foi verificado no estudo de Oliveira et al. (2013a), que estudou pacientes com AVC no domicílio e encontrou 73,8% dos pacientes com dependência total para as atividades básicas e 80,3% para as atividades instrumentais da vida diária. Sendo assim, tornar-se cuidador é um processo que ocorre gradual ou repentinamente, de acordo com a doença do dependente.

Ademais, destaca-se que, conforme discutido na etapa de validação por especialistas, a localização do AVC também pode favorecer a sua dependência. Nesse caso, ao ter hemisfério direito comprometido, o paciente pode vir a apresentar complicações ligadas às etapas oral e faríngea da deglutição e dificultar ainda mais a sua evolução.

Tal situação, caso não seja corrigida ainda durante o tratamento agudo, poderá reverter em uma dependência maior, o que tornará necessária a existência de um cuidador para a execução de muitas das atividades da vida diária ou mesmo o acompanhamento por Programas de Assistência Domiciliar, os quais correspondem a uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde da população brasileira, no âmbito da díade: cuidador/paciente, com diretrizes e atribuições bem definidas.

Oliveira et al. (2013b) ressaltam que tanto os profissionais que prepararão os cuidadores devem ter competências para transmitir o conhecimento da melhor forma para que

o cuidado seja executado de modo a garantir a recuperação do paciente, como os cuidadores devem adquirir conhecimentos e habilidades para desempenhar o seu papel.

Além do mais, observou-se na população que muitos eram os fatores de risco presentes para aspiração respiratória, destacando-se principalmente a ocorrência da desordem neurológica, reflexo de vômito diminuído ou ausente e a mobilidade corporal diminuída. O fator de risco Uso de tubos gastrointestinais não foi encontrado em nenhum paciente, por ter sido adotado como critério de exclusão. Destarte, tais resultados assemelham-se aos encontrados por Cavalcante et al. (2013) na sua validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e corroboram também com os achados da Análise de Conceito realizada na primeira fase.

Além disso, tem-se que, mesmo com a maioria dos pacientes alimentando-se de uma dieta branda, alguns pacientes apresentaram sinais clínicos de aspiração com líquidos (principalmente tosse após a deglutição, tosse antes da deglutição e odinofagia após a deglutição), com sólidos (tosse e pigarro após a deglutição) e com líquidos espesso (odinofagia após deglutição).

Dessa forma, volta-se ao que foi exposto na Análise de Conceito, a qual evidenciou a relação entre o AVC e suas implicações na dinâmica da deglutição e como ela aumenta o risco para uma aspiração respiratória. Na verdade, a dificuldade para o atendimento das necessidades apresentadas pelo paciente após um AVC dependerá de variáveis, como as características sociodemográficas, presença de desordens médicas subjacentes, tamanho e localização da lesão e terapias específicas administradas.

Na pesquisa de Carvalho et al. (2011), realizada com população com o mesmo perfil nosológico, 32,4% dos pacientes precisaram de fonoterapia seja para a deglutição ou para a fala durante a hospitalização e, no estudo de Oliveira et al. (2013), identificou-se que, no domicílio, 45,9% dos pacientes faziam uso de dieta enteral, 72,1% apresentavam dificuldade para mastigar, e 59%, dificuldade para engolir.

Corroborando com essas informações, Rodrigues et al. (2013) afirmam que a hospitalização é um atendimento de urgência ao paciente que foi acometido por AVC, e que, dependendo da severidade, ele pode vir a precisar de mais dias internado. No entanto, os cuidados após alta são mais prolongados, as necessidades dos pacientes são divergentes, as famílias apresentam contextos e relações distintas e a continuidade e a integralidade ficam prejudicadas, pela ausência do seguimento do cuidado.

Diante disso, é fundamental que, ainda na hospitalização, no caso específico da deglutição foco do estudo, o paciente seja cuidado com vistas à reabilitação, pois muitas vezes ele retorna ao lar e essa assistência não é continuada, por fatores diversos. Sendo assim, destaca-se que o enfermeiro, ao participar da equipe multiprofissional que atende nas Unidades de AVC, tem o papel tanto de reconhecer o problema ou o risco a que o paciente está submetido, como de desenvolver intervenções individuais ou colaborativas com outros profissionais para reverter ou amenizar essa situação.

Portanto, é importante a utilização de instrumentos já validados que permitam o julgamento completo do paciente. Silva et al. (2011) asseveram que a utilização de definições é essencial para estudos que envolvem as taxonomias de enfermagem NANDA-I/NIC/NOC porque elas preenchem as lacunas entre observação e investigação clínica. Neste caso em particular, os referentes empíricos descrevem o que será medido e como as medições serão executadas.

No estudo ora elaborado, o processo de validação clínica dos referentes empíricos para o Estado da deglutição e a Prevenção da aspiração respiratória mostrou diferenças significativas nas avaliações entre os grupos que utilizaram ou não as definições construídas. Apenas a avaliação do indicador Refluxo nasal foi similar nos dois grupos.

Alguns aspectos podem ter favorecido essa alta concordância, como exposto por Daniels, Anderson e Willson (2012). No estudo de revisão sistemática sobre instrumentos/itens para identificar alterações no processo de deglutição ou situações que favorecem a aspiração, eles apresentam que o cegamento interobservador, reaplicação do instrumento, utilização de indicadores que não geram dúvidas e o atraso mínimo entre o exame físico e a checagem do material são atividades de alta prioridade e minimizam as diferenças entre as avaliações.

Um ponto que pode ser acrescentado aqui, que foi realizado neste estudo, é o preparo da dupla que utilizou o material com definições. Ressalta-se que o treinamento é para uniformizar a avaliação, ou seja, para que não haja nenhum indicador com definições confusas ou complicadas. Mesmo passando pelo processo de validação por especialistas, considerou-se importante, antes de iniciar a parte clínica, a nova checagem do material que foi construído para evitar/diminuir as diferenças entre as avaliações posteriores.

Diante de todo esse cuidado, o resultado obtido neste estudo apresentou melhor concordância para todos os indicadores entre as avaliações de quem utilizou o instrumento com definições. Esse resultado foi diferente daqueles que também propuseram construir e

validar definições para indicadores da NOC, como Moreira (2011), o qual investigou a Mobilidade de pacientes com AVC, e o de Santos (2011), com foco na Integridade tissular de pacientes com úlceras venosas. Nesses dois contextos, para alguns indicadores essa concordância foi baixa ou até mesmo inferior para aqueles que utilizaram o instrumento sem definições. Diante disso, a justificativa foi a existência de algum fator externo capaz de prejudicar ou influenciar esta análise, a dúvida quanto à adequação das definições criadas ou até mesmo a dificuldade do especialista clínico de mensurar os indicadores construídos no cenário real.

Além de se ter definições bem elaboradas e com os cuidados com a dinâmica da aplicação do instrumento, Ickenstein et al. (2012) afirmam que a avaliação do paciente com AVC quanto ao processo de deglutição deve ser realizada rapidamente, no máximo até 72 horas do início do tratamento, pois assim poder-se-á descobrir aqueles que têm risco para aspirar, para que possa ser planejada a neuroreabilitação, a qual caberá ao fonoaudiólogo ou enfermeiro. Diante disso, ao utilizar instrumentos como o que foi previamente construído, aumentar-se-á a acurácia dessas avaliações.

Destaca-se que os indicadores Capacidade de levar os alimentos até a boca, Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Aspiração respiratória e Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição apresentaram discordância total entre as avaliações sem definições, com relação à dupla das definições. Silva et al. (2011), no estudo sobre validação dos referentes empíricos relacionados ao Padrão respiratório ineficaz de 45 crianças com cardiopatia congênita, observaram que a não utilização dessas definições pode ser associada com avaliações inexatas, levando a identificações incorretas sobre o estado respiratório do paciente.

Alguns autores descreveram as condições clínicas de pacientes com AVC relacionadas tanto à disfagia, como ao risco de aspiração. Essas condições incluíram tosse voluntária anormal, reflexo do vômito anormal, mudança da voz, disartria, presença de tosse antes/durante/após a deglutição e disfonia (UMAY et al., 2013; DANIELS; ANDERSON; WILLSON, 2012) Hamond et al. (2012) afirmam que os seguintes aspectos devem ser avaliados: tosse, estrutura anatômica e funcional da mastigação, limpeza das vias quanto a alimentos e secreções e elevação da laringe. Assim, a utilização de definições pode auxiliar os enfermeiros no contexto de muitas condições presentes nesses pacientes, principalmente para poder estabelecer a magnitude correta de cada indicador.

Quanto ao indicador Refluxo nasal, não foi identificada nenhuma alteração nesse item nos pacientes avaliados. A esse respeito, salienta-se o que foi explanado tanto na Análise

de Conceito, como na validação por especialistas, uma vez que, de acordo com os autores, somente dois sinais poderiam ser observados na avaliação do refluxo nasal: a sua presença ou a sua ausência (SILVA; DANTAS; FABIO, 2010; MANN; HANKEY, 2001; FURKIM; SANTINI, 1999). Sendo assim, ao dividir em magnitudes de 1 a 5, isso pode ter interferido no resultado e dessa forma não se pode afirmar que esse não seja um bom indicador do Estado da deglutição. Apesar disso, foram seguidas as novas recomendações após a validação clínica e o indicador foi revisado para Regurgitação e passou a incorporar o refluxo nasal ou orofaríngeo.

Cavalcante et al. (2013) no seu estudo sobre validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, encontrou que os fatores de risco Disfagia e Mobilidade corporal diminuída são bons preditores para esse diagnóstico. Diante disso, torna-se fundamental a validação dos indicadores que permitam o acompanhamento desses fatores na população em estudo. E, conforme a análise de *clusters*, percebeu-se que os indicadores em pauta permitem uma melhor mensuração da Prevenção da aspiração respiratória. Ressalta-se que, pela Análise de Conceito, percebeu-se que disfagia e aspiração para muitos autores são vistos como conceitos similares ou mesmo complementares, o que poderia justificar essa divisão, no entanto, novos estudos precisam ser realizados para confirmar esse agrupamento.

Uma vez que os resultados da análise de agrupamento indicam aproximação maior com o RE Prevenção de aspiração, este deve representar um ponto de atenção para as ações de promoção da saúde, bem como para a prevenção de possíveis agravos.

Justifica-se a incorporação das atividades de promoção e proteção da saúde para reorientar os modelos assistenciais por meio da construção de políticas públicas saudáveis, as quais objetivam tanto a melhoria da qualidade de vida, como a redução dos riscos à saúde e dessa forma proporcionam melhorias no modo de viver.

Ressalta-se que termos como “empoderamento” e “autocuidado” estão sendo cada vez mais utilizados no contexto da promoção da saúde e envolvem o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, o enfermeiro terá que direcionar suas ações para que possa trabalhar com ferramentas tecnológicas, do tipo Resultados de Enfermagem, bem como trabalhar com os princípios da Promoção da Saúde, por meio do princípio da integralidade dos seus serviços e ações que tenham como meta a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde.

Diante dos resultados obtidos, conclui-se, assim como Moreira (2011), Santos (2011) e Silva (2007), que, ao utilizar as definições conceituais e os referentes empíricos,

aumenta-se a uniformidade entre os enfermeiros e torna-se a avaliação do resultado de enfermagem estudado mais acurada do que quando realizada sem definições.

No entanto, reconhece-se que o limitado número de trabalhos sobre validação de resultados dificultou a comparação dos achados. Sendo assim, torna-se fundamental que novas pesquisas sejam executadas, utilizando somente os indicadores com as definições, uma vez mostraram-se válidos em todas as etapas do estudo para avaliar os dois resultados em foco, principalmente, levando-se em consideração as fases após o AVC (aguda, subaguda e reabilitação). Também é importante a ampliação do contexto dos estudos, incluindo outras clientelas para as quais os REs em destaque possam ser aplicados, mesmo que isso implique em revalidações ou modificações das definições construídas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado em três etapas. Portanto, a Análise de Conceito garantiu:

- Elaboração de um novo resultado de enfermagem Estado da deglutição específico para pacientes após AVC, a partir da revisão da correspondência entre os indicadores propostos pela NOC para os REs Estado da deglutição, Estado da deglutição: fase oral, Estado da deglutição: fase faríngea, Estado da deglutição: fase esofágica e o encontrado na literatura, a partir da Revisão Integrativa.
- Revisão do conceito de “Deglutição” com relação a uma população específica: pacientes com AVC. Nesta parte, a Revisão Integrativa realizada não permitiu que fossem elaborados todos os conceitos necessários, sendo fundamental a inclusão posterior de outras fontes, como livros, teses e dissertações. Identificaram-se assim, os antecedentes, consequentes e atributos do conceito de “Deglutição”.
- A partir da leitura do material encontrado, percebeu-se que, para proceder ao exame da deglutição, os profissionais podiam utilizar tanto avaliação semiológica, como escalas ou instrumentos de imagem. Os indicadores da NOC foram revisados, de modo a permitir que a avaliação dos pacientes fosse baseada somente no exame clínico, sem a utilização de instrumental específico, pois muitas vezes, isso compromete/dificulta a implementação dos instrumentos na prática assistencial.
- Construíram-se as definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores do identificados na revisão integrativa para o novo RE Estado da deglutição, o qual manteve quatro indicadores propostos na NOC (Produção de saliva, Capacidade de Mastigar, Mudanças na qualidade da voz e Elevação da laringe); incorporou um indicador segundo a literatura (Captura do alimento); apresentou um indicador com o título reformulado (Manutenção de uma posição neutra da cabeça e do pescoço que passou a ser Controle postural); permitiu sete agrupamentos entre os indicadores da NOC (Manutenção do conteúdo oral na boca, Formação do bolo alimentar, Capacidade de desobstruir a cavidade oral, Desconforto com a deglutição, Número de deglutições, Refluxo nasal, Tosse e Aspiração); e finalizou com 20 indicadores sendo excluídos da versão final, por não encontrar correspondência com a literatura.

- Construção das definições conceituais e referentes empíricos para os indicadores do RE Prevenção da aspiração respiratória, com base na análise de conceito de “Aspiração” que já havia sido previamente validado para uma população específica também com AVC. Os resultados do estudo preliminar permitiram tanto o agrupamento de alguns indicadores (Escolhe os alimentos conforme a capacidade de deglutição, Seleciona os alimentos e líquidos com a consistência adequada e Usa espessantes de líquidos se necessário; e os indicadores Posicionamento ereto para comer e beber e Posicionamento de lado para comer e beber quando necessário), e foi excluído o indicador Evita fatores de risco.

Diante desses resultados, pode-se garantir que a etapa de Análise de Conceito foi fundamental para que a pesquisadora compreendesse o estado da arte dos dois conceitos em estudo e, dessa forma, compreender seu uso e aplicação no contexto de pacientes com acidente vascular cerebral. No entanto, enumera-se como limitações dessa fase: a busca ter sido realizada somente por uma pessoa, o reduzido número de publicações de enfermagem sobre esse conteúdo, escassez de trabalhos sobre Análise de Conceito, principalmente ligados às Taxonomias de Enfermagem, e, por fim, a dificuldade para elaborar os referentes empíricos de alguns indicadores, que, apesar de terem sido apontados na literatura como fundamentais para o processo de deglutição/aspiração, os dados encontradas não permitiam a construção das cinco magnitudes operacionais, cabendo aqui à pesquisadora e à sua orientadora a construção de tais definições.

No segundo momento realizou-se a validação de conteúdo, que permitiu refinar o instrumento proposto. Ressaltam-se os seguintes aspectos desta etapa:

- Diferentemente de outros estudos que realizaram a etapa de validação de conteúdo com juízes, resolveu-se não adotar critérios que já são amplamente discutidos para selecionar o *expert*, bem como não se trabalhou com o número mínimo recomendado na maior parte dos estudos. O estudo diferenciou por incluir na avaliação dos dois conceitos enfermeiros e fonoaudiólogos, com excelente perfil, tanto no aspecto de trabalho com pacientes com AVC e/ou com disfagia, bem como com as taxonomias de enfermagem, seja no ensino, pesquisa ou assistência.
- Os indicadores que apresentaram IVC abaixo de 0,80 foram revisados pela pesquisadora e sua orientadora. Nos casos em que não havia justificativa para tal fato e em que a literatura sustentava a presença de tal indicador, o mesmo foi mantido na avaliação, mesmo sem o respaldo dos especialistas.

- Para o RE Estado da deglutição, adaptaram-se os títulos de seis indicadores (Capacidade de levar os alimentos até a boca, Avaliação estrutural da mastigação, Limpeza da cavidade oral, Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo, Desconforto com a deglutição do bolo alimentar e Aspiração respiratória); excluíram-se três indicadores (Formação do bolo alimentar, Número de deglutições e Mudança na qualidade da voz); três foram mantidos no mesmo formato do elaborado a partir da Análise de Conceito (Tosse, Elevação Laríngea e Refluxo nasal); e dois foram agrupados (Manutenção do conteúdo oral na boca e Produção de saliva, que passaram a ser Capacidade de manter o conteúdo oral na boca).
- Com relação ao RE Prevenção da aspiração, foi adaptado o título do resultado para Prevenção da apiração aspiratória, bem como de quatro indicadores (Identifica fatores de risco para a aspiração respiratória, Manter cavidade oral limpa, Posicionamento adequado para se alimentar e Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral) e foi acrescentado um novo indicador segundo apreciação dos juízes (Utiliza sondas gástricas e enterais de forma adequada). Destaca-se que todas as observações realizadas para os dois REs foram analisadas e, na sua grande maioria, aceitas. Em caso de divergência acentuada com a literatura, resolveu-se não acatar as sugestões.

Mesmo com as ressalvas, considera-se que a etapa de Validação de Conteúdo também foi fundamental para a revisão dos dois REs em estudo. Como limitadores desta fase, destacaram-se que a opção por um número menor de juízes pode ter comprometido as análises realizadas; trabalhar com equipe multiprofissional tornou-se complicado, pois outros profissionais não consideram que os conceitos em estudo façam parte da ciência da Enfermagem e, portanto, não deveriam ser avaliados por enfermeiros; o fato de alguns juízes terem o domínio maior das taxonomias, ao invés da experiência clínica, pode de certa forma ter dificultado a compreensão de alguns dos conceitos em estudo, os quais são muito específicos para a clientela com AVC. Além disso, destaca-se que a falta de trabalhos com validação dos indicadores da NOC para os REs Estado de deglutição e Prevenção da Aspiração Respiratória e, principalmente, estudos de enfermagem com uso da Psicometria limitou a discussão dos achados; em decorrência desse fato, em algumas situações os conceitos finais foram desenvolvidos com base no julgamento do especialista e no conhecimento da pesquisadora e da orientadora.

No tocante à terceira etapa do estudo, na qual se procedeu à Validação Clínica do instrumento elaborado para avaliação dos REs Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória, são feitas as seguintes considerações:

- Ao analisar o Coeficiente de Correlação Intraclasse, observa-se que, para todas as avaliações dos indicadores elaborados, estas foram melhores realizadas pela dupla que utilizou o instrumento com as definições conceituais e os referentes empíricos.
- Pelo Teste de Friedman, apenas o indicador Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral não apresentou diferença estatisticamente significativa quando se compararam as quatro avaliações.
- Na comparação da Diferença Mínima Significante (DMS), identificou-se que houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições para todos os indicadores. E, para os que não utilizaram, comparando-se à dupla com definição, o método da DMS não identificou diferenças nas avaliações intergrupo para os indicadores Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo, Desconforto com a deglutição do bolo, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo e Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral.
- A análise de *cluster* indicou que o agrupamento do grupo com definições apresentou melhor distribuição quando comparado com o grupo que não usou. Além disso, o número de indicadores que apresentou agrupamentos estatisticamente significantes pelo Teste F foi similar entre os grupos estudados.
- Pela análise de *cluster* o RE Prevenção da aspiração respiratória incluiu um número maior de indicadores, como Integridade das estruturas da mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Elevação da laringe, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo, Tosse, Aspiração respiratória, Manter a cavidade oral limpa e Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição.
- Foi reformulado o indicador Refluxo nasal para Regurgitação, segundo nova apreciação dos juízes.

Como limitações também desta fase, citam-se a dificuldade para discussão dos achados encontrados; a complicada tarefa de reunir ao mesmo tempo quatro avaliadores para mensurar os REs em estudo, diante da dinâmica do setor, o que fez com que muitos pacientes avaliados por uma dupla não pudessem ser avaliados pela outra e serem dessa forma excluídos da amostra final; apesar de todos as duplas terem sido treinadas da mesma forma, não se exclui o viés de avaliação. Acrescenta-se aqui que alguns dos indicadores do RE Prevenção da aspiração respiratória, como o Selecciona alimento com a consistência adequada,

eram difíceis de serem avaliados no contexto hospitalar, uma vez que o paciente era submetido à dieta que havia sido prescrita para ele, levando em conta suas alterações. Logo, todos os avaliadores sugeriram que o indicador talvez fosse melhor avaliado no contexto do domicílio.

Logo, após a etapa de Análise de Conceito, apreciação por especialistas e Validação Clínica, os resultados passaram a apresentar as seguintes definições e indicadores: Prevenção da aspiração respiratória significa “*atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior*”; e os seus indicadores são: Identifica fatores de risco para a aspiração respiratória, Manter cavidade oral limpa, Posicionamento adequado para se alimentar, Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição, Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada e Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral.

E para o Estado da deglutição a definição construída foi “*Transporte de sólido, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaringe*”; e os indicadores nesse caso são: Capacidade de levar os alimentos até a boca, Integridade das estruturas envolvidas com a mastigação, Capacidade de manter o conteúdo oral na boca, Desconforto com a deglutição do bolo, Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo, Controle postural da cabeça em relação ao corpo, Tosse, Regurgitação, Elevação da laringe e Aspiração respiratória.

Assim, segundo se acredita, as executar as três etapas da tese, os pressupostos elaborados inicialmente foram comprovados:

1) Para o uso de resultados de enfermagem é necessário o emprego de escalas que apresentam limitações, como a falta de definições conceituais e referentes empíricos para aplicá-las. Logo, com a construção das definições para os indicadores aumentou-se a precisão da escala no cenário clínico;

2) Para a construção de escalas da NOC atenderam-se aos pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade.

Diante do exposto, os resultados deste trabalho permitiram ampliar o conhecimento sobre os REs Estado da deglutição e Prevenção da aspiração respiratória, bem como permitiram ampliar o conhecimento tanto da taxonomia dos Resultados de Enfermagem, como do seu processo de validação. Ressalta-se que, pelos resultados obtidos principalmente na etapa de Validação Clínica, novos estudos precisam ser conduzidos com o

intuito de validar o agrupamento dos indicadores e também para a validação desses REs no contexto domiciliar e com pacientes com AVC em diferentes fases.

Espera-se que outros trabalhos possam ser implementados nesta mesma perspectiva tanto com a mesma clientela como com outras. Acredita-se que, ao utilizar um instrumento que já foi validado para a avaliação do paciente, poder-se-á pensar em ampliar a investigação com intervenções de enfermagem focadas na promoção da saúde, bem como na prevenção de agravos na clientela, e dessa forma evitar uma reinstitucionalização dos indivíduos com acidente vascular cerebral.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFÈVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- ALGHATRIF, M.; MARKIDES, K.S.; KUO, Y-F.; RAY, L.A.; MOORE, A.A. The Effect of Prevalent Cardiovascular Conditions on the Association between Alcohol Consumption and Mortality among Older Mexican American Men. **Ethn Dis**. v.23, n.2, p.168–174, 2013.
- ALVES, L.M.T. **Influência do sabor na deglutição de pacientes com sequela de acidente vascular encefálico**. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009.2009.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart disease and stroke statistics – 2012 Update. **Circulation**, v. 125, p. e2-220, 2012. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2.full.pdf+html>>. Acesso em: 29 set. 2013.
- ANTONIOS, N.; CARNABY-MANN, G.; CRARY, M.; MILLER, L.; HUBBARD, H.; HOOD, K.; SAMBANDAM, R.; XAVIER, A.; SILLIMAN, S. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease**. v. 19, n. 1, p.49-57, 2010.
- ARMSTRONG, B.; MCNAIR, P.; TAYLOR, D. Head and neck position sense. **Sports Med**. v.38, n.2, p.101-117, 2008.
- AVENDANO, M.; GLYMOUR, M.M. Stroke Disparities in Older Americans: Is Wealth a More Powerful Indicator of Risk Than Income and Education? **Stroke**. v.39, n.5, p. 1533–1540, 2008. doi:10.1161/STROKEAHA.107.490383.
- BAYLOW, H.E; GOLDFARB, R.; TAVEIRA, C.H.; STEINBERG, R.S. Accuracy of clinical judgment of the chin-down posture for dysphagia during the clinical/bedside assessment as corroborated by videofluoroscopy in adults with acute stroke. **Dysphagia**. v.24, p.423-433, 2009.
- BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq. Neuropsiquiatr**. v. 52, p.1-7, 1994.
- BERWICK, D.M., CALKINS, D.R., McCANNOM, C.J., HACKBARTH, A.D. The 100.000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving healthcare quality. **JAMA**. v.295, n.3, p. 324-327, 2006
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n.1, p. 98-104, 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2ed.rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de novembro de 1991. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BROADLEY, S.; CHEEK, A.; SALONIKIS, S.; WHITHAM, E.; CHONG, V.; CARDONE, D.; ALEXANDER, B.; TAYLOR, J.; THOMPSON, P. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke:

The Royal Adelaide Prognostic Index for Dysphagia Stroke (RAPIDS). **Dysphagia**. v.20, p.303-310, 2005.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Nursing interventions classification (NIC)**. 6ed. St. Louis: Mosby, 2011.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique e utilization**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2001.

CARVALHO, E.C.; CHIANCA, T.C.M.; NAPOLEÃO, A.M.; PEREIRA, M.C.A. **Resultados sensíveis à Enfermagem: uso das Classificações NANDA-I, NIC e NOC**. In: Herdman T, Carvalho EC, organizadoras. PRONANDA-Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem - Conceitos Básicos. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda; 2013. p.11-44.

CARVALHO, J.J.F.; ALVES, M.B.; VIANA, G.A.A.; MACHADO, C.B.; SANTOS, B.F.C.; KANAMURA, A.H.; LOTTENBERG, C.L.; CENDOROGLO NETO, M.; SILVA, G.S. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil: A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. **Stroke**. v.42, p.3341-3346, 2011. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.626523

CARVALHO, E.C.de; MELO, A.S.; NAPOLEÃO, A.A.; BACHION, M. M.; DALRI, M.C.B.; CANINI, S.R.M.S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 235-240, 2008.

CAVALCANTE, T.F.; ARAUJO, T.L.de; MOREIRA, R.P.; GUEDES, N.G.; LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.da. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]., v. 21, p. 250-258, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700031&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 13 ago 2013.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 190p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2011.

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v.18, n.4, 6telas, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_07.pdf. Acesso em 29 set 2012.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n. 2, p. 513-515, 2008.

CHIANCA, T. C. M. Os sistemas de classificação dos elementos da prática na pesquisa em enfermagem. In: Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEN, 2004. p. 98-105.

CINCURA, C.; PONTES-NETO, O.M.; NEVILLE, I.S.; MENDES, H.F.; MENEZES, D.F.; MARIANO, D.C.; PEREIRA, I.F.; TEIXEIRA, L.A.; JESUS, P.A.PP.; QUEIROZ, D.C.L.; PEREIRA, D.F.; PINTO, E.; LEITE, J.P.; LOPES, A.A.; OLIVEIRA-FILHO, J. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. **Cerebrovasc Dis**.v.27, p.119–122, 2009.

COSTA, M.M.B.; CASTRO, L.P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

- CRARY, M.A.; CARNABY-MANN, G-D.; MILLER, L.; ANTONIOS, N.; SILLIMAN, S. Dysphagia and Nutritional Status at the Time of Hospital Admission for Ischemic Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.15, n. 4, p.164-171, 2006.
- CRAVEN, R. F., HIRNLE, C. **Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CREASON, N. S. A second look. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 15, n. 4, p.123-132, 2004.
- DANIELS, S.K.; ANDERSON, J.A.; WILLSON, P.C. Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke: A Systematic Review. **Stroke**. v.43, p.892-897, 2012. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.640946
- DANIELS, S.K.; BALLO, L.A.; MAHONEY, M-C.; FOUNDAS, A.L. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. **Arch Phys Med Rehabil**. v.81, p.1030-1033, 2000.
- DANIELS, S.K.; BRAILEY, K.; FOUNDAS, A.L. Lingual discoordination and dysphagia following acute stroke: analyses of lesion lateralization. **Dysphagia**. v.14, p.85-92, 1999.
- DANIELS, S. K.; BRAILEY, K.; PRIESTLY, D. H.; HERRINGTON, L. R.; WEISBERG, L. A. Aspiration in patients with acute stroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 79, n. 1, p. 14-19, 1998.
- DORIA, S.; ABREU, M.A.B.; BUCH, R.; ASSUMPÇÃO, R.; NICO, M.A.C.; EKCLEY, C.A.; DUPRAT, A.; COSTA, H.O. Estudo comparativo da deglutição com nasofibrolaringoscopia e videodeglutograma em pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.69, n.5, p636-642, 2003.
- EDMIASTON, J.; CONNOR, L.T.; LOEHR, L.; NASSIEF, A. Validation of a dysphagia screenig tool in acute stroke patients. **American Journal of Critical Care**. v.19, n.4, p. 357-364, 2010.
- EIDEL, H. M.; BALL, J.W.; DAINS, J.E.; BENEDICT, G.W. **Mosby** Guia de Exame Físico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.;
- FABIO, 2010;
- FALSETTI, P.; ACCIAI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZIL. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease**. v.18, n.5, p.329-335, 2009.
- FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.
- FEHRING, R. The fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the ten. Conference**. Philadelphia: Lippicott, 1994. p. 55-62.
- FEIJÓ, A.V.; RIEDER, C.R.M. Distúrbios da deglutição em idosos. In: JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; CORREA DA SILVA, L.M. **Disfagia: Avaliação e Tratamento**. Ed. Revinter, 2003 p. 225-232.
- FERREIRA, A.B.H. Mini aurélio – **O dicionário da Língua Portuguesa**. 6ed. Curitiba: Editora Positivo, 2004.
- FINESTONE, H. M.; GREENE-FINESTONE, L. S. Rehabilitation medicine: diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. **CMAJ**. v.169, n. 10, 2003.
- FOWLER, S.; DURKEE, C. M.; WEBB, D. J. Rehabilitating stroke patients in the acute Care setting. **Medsurg. Nurs**. v. 5, n. 5, p. 327-332, 1996.

- FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S (org). **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, 1999.
- GALDEANO L. E. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GALDEANO L. E.; ROSSI L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.
- GARBIN, L. M.; RODRIGUES, C. C.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 508-515, 2009.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional**: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, organizadores. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. v. 2, p. 37-63.
- GARRITANO, C.R.; LUZ, P.M.; PIRES M.L.E.; BARBOSA, M.T.S.; BATISTA, K.M. Analysis of the Mortality Trend due to Cerebrovascular Accident in Brazil in the XXI Century. **Arq Bras Cardiol**. [online].ahead print, PP.0-0, 2012.
- GATTO, A.R. **Efeito do sabor azedo e da temperatura fria na fase oral da deglutição de pacientes com acidente vascular encefálico**. Mestrado (Dissertação). 91p. Universidade Estadual de São Paulo. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2010.
- GOMES, G. F.; CAMPOS, A. C.L.; PISANI, J. C.; MACEDO FILHO, E.D.; RIBAS FILHO, J. M.; MALAFAIA O. Sonda nasoesofaríngea, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. **Arq. Bras. Cir. Dig**; v. 6, n. 4, p. 189-192, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. Acesso em: 13 ago 2010.
- GORDON, M.; HILTUNEN, E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. **Nurs. Diag.**, v. 6, n. 4, p. 143-154, 1995.
- GRANT, J.S. KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nursing Diagnosis**. v.2, p. 181-185, 1991.
- GROENE, O. (ed.) **Implementing health promotion in hospitals**: Manual and self-assessment forms. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf. Acesso 10 out 2013
- GUIMARÃES, R.B.; GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Rev Bras Neurol**. v.40,n.3, 2004.
- GUIMARÃES, D.T. (org.). **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1ed. São Paulo: Rideel, 2002.
- HÄAG, M.; ANNIKO, M. Influence of lip force on swallowing capacity in stroke patients and in healthy subjects. **Acta Oto-Laryngologica**. v.130, p.1204-1208, 2010.

HAIR JÚNIOR., J.F.; BABIN, B.; MONEY, A.H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B.; ZAJAC, D. J.; GRAY, L.; DAVENPORT, P. W.; BOLSER, D. C. Assessment of aspiration risk in stroke patients with quantification of voluntary cough. **Neurology**, v. 56, p. 502-506, 2001.

HAMMOND, C.A.S.; GOLDSTEIN, L.B.; HORNER, R.D.; YING, J., GRAY, L.; GONZALEZ-ROTHI, L.; BOLSER, D.C. Predicting Aspiration in Patients With Ischemic Stroke: Comparison of Clinical Signs and Aerodynamic Measures of Voluntary Cough. **Chest**. v.135, n.3, p.769–777, 2009. doi:10.1378/chest.08-1122.

HAN, T.R.; PAIK, N-J.; PARK, J-W.; KWON, B.S. The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. **Dysphagia**. v.23, p.59-64, 2008.

HERDMAN, T.H (ed.). **NANDA International - NURSING DIAGNOSIS: Definitions & Classifications, 2012-2014**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

HIROTA, N.; KONAKA, K.; ONO, T.; TAMINE, K.; KONDO, J.; HORI, K.; YOSHIMUTA, Y.; MAEDA, Y.; SAKODA, S.; NARITOMI, H. Reduced tongue pressure against predicts dysphagia in patients with acute stroke. **Stroke**. v.41, p.2982-2984, 2010.

HORI, K.; ONO, T.; IWATA, H.; NOKUBI, T.; KUMAKURA, I. Tongue pressure against hard palate during swallowing in post-stroke patients. **Gerodontology**. v.22, p.227-233, 2005.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott, 1989. p. 126–131

HUANG, Y-L.; HSIEH, S-F.; CHANG, Y-C; CHEN, H-S.; WANG, T-G. Ultrasonographic evaluation of hyoid–larynx approximation in dysphagic stroke patients. **Ultrasound in Med. & Biol**. v.35, n.7, p.1103-1108, 2009.

ICKENSTEIN, G.W.; HOHLIG, C.; PROSIEGEL, M.; KOCH, H.; DZIEWAS, R.; BODECHTEL, U.; MULLER, R.; REICHMANN, H.; RIECKER, A. Prediction of Outcome in Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia within 72 Hours of Acute Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. v.21, n.7, p.569-576, 2012. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.01.004

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Getting started kit: prevent ventilator-associated pneumonia: how to guide. **Crit Care Nurs Q**. v.29, n.2, p. 157-173, 2006

ISER, B.P.M.; CLARO, R.M.; MOURA E.C.; MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Rev Bras Epidemiol**. v.14, n.1, Supl., p. 90-102, 2011.

JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

JACOBSSON, C.; AXELSSON, K.; OSTERLIND, P.O.; NORBERG, A. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. **Journal of clinical nursing**; v. 9, n. 2, p. 255-264, 2000.

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009

- JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C. de; BARROS, A.P. **Tratado de deglutição e disfagia**. No adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
- KILLEEN, M. B.; KING, I. M. Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. **International Journal of Nursing Knowledge**. v. 18, p. 51–57, 2007.
- KIM, I.S.; HAN, T.R. Influence of mastication and salivation on swallowing in stroke patients. **Arch Phys Med Rehabil**. v.86, p.1986-1990, 2005.
- LAVADOS, P.M.; HENNIS, A.J.; FERNANDES, J.G.; MEDINA, M.T.; LEGETIC, B.; HOPPE, A.; et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet Neurol**. v.6, p:362–372, 2007.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LUCENA, A. F.; BARROS, A. B. L. Nursing diagnosis in a Brazilian Intensive Care Unit. **Int. J. Nurs. Terminol. Class.**, v. 17, n. 3, p. 139-146, 2006.
- MAGALHÃES, L.A.; BILTON, T. L. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. **Distúrb Comum**. v.16, n.1, p.65-81, 2004.
- MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L. MORAIS NETO, O.L.; SILVA JÚNIOR, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.1, p. 47-65, 2006.
- MANN, G.; HANKEY, G.J. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. **Dysphagia**. v.16, p.208-215, 2001.
- MARQUES, C.H.D.; ANDRÉ, C. ROSSO, A.L.Z. Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre os métodos de avaliação. **Acta Fisiatr**. v.15, n.2, p.106-110, 2008.
- MARQUES, C.H.D.; ROSSO, A.L.Z.; ANDRÉ, C. Bedside assessment of swallowing in stroke: water test are not enough. **Top Stroke Rehabil**. v.15, n.4, p.378-383, 2008.
- MARTINO, R.; FOLEY, N.; BHOGAL, S.; DIAMANT, N.; SPEECHLEY, M.; TEASELL, R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. **Stroke** [periódico na internet]. v. 36, p. 2756-2763, 2005. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/36/12/2756>. Acesso em: 01 ago 2010.
- McMICKEN, B.L.; MUZZY, C.L. Prognostic indicators of functional outcomes in first time documented acute stroke patients following standard dysphagia treatment. **Disability and Rehabilitation**. v.31, n.26, p.2196-2203, 2009.
- MELEIS, A.I. Strategies for concept development. In: Meleis AI. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott; 1997. p. 203-22
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams&Wilkins, 2011. p. 3-24.
- MELO, R. P. **Resultado de Enfermagem Equilíbrio Hídrico no pós-operatório de cirurgia cardíaca: análise do conceito e construção de definições operacionais**. 2012. 196p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2012

- MELO, R. P.; MOREIRA, R. P.; FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E.S.; CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene.**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENDONÇA, N.D. **O uso dos conceitos**: uma questão de interdisciplinaridade. 4ed. Petrópolis: Vozes; 1985.
- MICHAELIS, C. W. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2010.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M.; SWANSON, E. Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes. St. Louis, Missoure: Elsevier, 2013.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MOREIRA, R. P. **Pacientes com acidente vascular cerebral**: validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade. 2011. **210p**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2011.
- MORENO, V.P.; GARCÍA-RASO, A.; GARCÍA-BUENO, M.J.; SÁNCHEZ, A.; MESEGUER, E.; MATA, R. et al. Factores de riesgo vascular en pacientes con ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. *Rev Neurol*. v.46, n.10, p.593-8, 2008.
- MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.3, p.285-93, 2005.
- MURGUIA, M.; COREY, D.M.; DANIELS, S.K.; Comparison of sequential swallowing in patients with acute stroke and healthy adults. *Arch Phys Med Rehabil*; v.90, p.1860-1865, 2009.
- NAKAJIMA, M.; TAKADA, T.; TERASAKI, Y.; NAGANO, K. Clinical significance of oral intake in patients with acute stroke. **Dysphagia**; v.25, n.3, p.192-7, 2010.
- NAPOLEÃO, A. M. A. **Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a crianças com o diagnóstico de Enfermagem “desobstrução das vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial” em um centro de terapia intensiva pediátrico**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2005.
- NASI, A.; CARVALHO, L. E. B.; CECCONELLO, I.; PINOTTI, H.W. Disfagia no indivíduo idoso. *In: FILHO, E. M.; PISSANI, J. C.; CARNEIRO, J.; COMES, G. Disfagia: Abordagem Multidisciplinar*. 2ª Ed. Frontis Editorial, PP. 47-62, 1998.
- NICHOLS, M.; TOWNSEND, N.; SCARBOROUGH, P.; RAYNER, M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. **European Heart Journal Advance**, 2013a. doi:10.1093/eurheartj/eh356
- NICHOLS, M.; TOWNSEND, N.; SCARBOROUGH, P.; RAYNER, M. Trends in age-specific coronary heart disease mortality in the European Union over three decades: 1980–2009. **Eur Heart J**. 2013b;doi:10.1093/eurheartj/eh356
- NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidades ou impossibilidades para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. UNIJUÍ; 2000.

NISHIWAKI, K.; TSUJI, T.; LIU, M.; HASE, K.; TANAKA, N.; FUJIWARA, T. Identification of a sample screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. **J Rehabil Med.** v.37, p.247-251, 2005.

NUNNALLY, J.O. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1978.

O'DONNELL, M.J.; XAVIER, D.; LIU, L.; ZHANG, H.; CHIN, S.L.; RAO-MELACINI, P.; RANGARAJAN, S.; ISLAM, S.; PAIS, P.; MCQUEEN, M.J.; MONDO, C.; DAMASCENO, A.; LOPEZ-JARAMILLO, P.; HANKEY, G.J.; DANS, A.L.; YUSOFF, K.; TRUELSEN, T.; DIENER, H.C.; SACCO, R.L.; RYGLEWICZ, D.; CZLONKOWSKA, A.; WEIMAR, C.; WANG, X.; YUSUF, S. (INTERSTROKE INVESTIGATORS). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. **The Lancet.** v.376, n.9735, p.112-123, 2010. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3.

OLIVEIRA, A. R. S. **Desafio do cuidado domiciliar:** avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2010.

OLIVEIRA, A.R.S.; COSTA, A.G.S.; ARAUJO, T.L.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. v.15, n.2, p.317-325, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18046>. doi: 10.5216/ree.v15i2.18046. Acesso: 10/09/13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIF: **Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: EDUSP; 2003.

PAIXÃO, C. T. **Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral:** contribuições do enfermeiro. 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2009.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L.D.; CAMERINI, F. G. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Rev. Rene.** v. 11, n. 1, p. 181-190, jan./mar.2010.

PALMER, J. B.; DRENNAN, J. C.; BABA, M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. **American Family Physician.** v.61, n.8, p. 2453-2462, 2000.

PASQUALI, L. **Psicometria:** teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev.Psiq. Clin.** v. 25, n. 5, p. 206-23, 1998. Acesso em 29 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255ahtm>

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPam) / Instituto Brasileiro de Avaliação e Pesquisa em Psicologia (IBAPP), 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria:** teoria dos teste na psicologia e na educação. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, n. Esp, p. 992-999, 2009.

PERRY, L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. **Journal of Clinical Nursing.** v.10, p.474-481, 2001.

PETREA, R.E.; BEISER, A.S.; SESHADRI, S.; KELLY-HAYES, M.; KASE, C.S.; WOLF, P.A. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham Heart Study. **Stroke.** v.40, p.1032-1037, 2009.

- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.
- PUERARI, V.R. **Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico.** Dissertação (Mestrado). 84f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2011.
- RAMSEY, D.; SMITHARD, D.; DONALDSON, N. KALRA, L. Is the gag reflex useful in the management of swallowing problems in acute stroke? **Dysphagia.** v.20, p.105-107, 2005
- RAMSEY, M. A.; SMITHARD, D.; KALRA, L. Early assessment of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. **Stroke**, v. 34, p. 1252-57, 2003
- REEVES, M.J.; BUSHNELL, C.D.; HOWARD, G.; GARGANO, J.W.; DUNCAN, P.W.; LYNCH, G.; KHATIWODA, A.; LISABETH, L. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. **Lancet Neurol.** v.7, p.915–926, 2008.
- REMESSO, G.C.; FUKUJIMA, M.M.; CHIAPPETTA, A.L.M.L.; ODA, A.L.; AGUIAR, A.S.; OLIVEIRA, A.S.B.; PRADO, G.F. Swallowing disorders after ischemic stroke. **Arq Neuropsiquiatr.** v.69, n.5, p.785-789, 2011.
- RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
- RODGERS, B.L. Philosophical foundations of concept development. In: Rodgers BL, Knafll KA. **Concept development in nursing - foundations, techniques, and applications.** 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000, p. 7-37
- RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; SANTOS, E.B.; FHON, J.R.S.; FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v.21(Spec), 9 telas, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf. Acesso em 29 set 2013.
- ROFFE, C. Hypoxemia and stroke. **Rev. Clin. Gerontol.**, v. 11, p. 323-335, 2001.
- SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.15, n. 3, p.508-11, 2007.
- SANTOS, F. A.A.S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem Integridade tissular: um estudo com portadores de úlcera venosa.** 2011. 237p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, 2011
- SCHELP, A. O.; COLA, P. C.; GATTO, A. R.; SILVA, R. G.; CARVALHO, L. R. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 62, n. 2-B, p. 503-506, 2004.
- SCHRAMM, F.R.; ESCOSTEGUY, C.C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 951-961, 2000.
- SEGANFREDO, D. H. **Validação de resultados de enfermagem segundo a nursing outcomes classification - NOC na prática clínica de enfermagem em um hospital universitário.** 2010. 93p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2010.

SHIGEMITSU, H.; AFSHAR, K. Aspiration pneumonias: under-diagnosed and under-treated. **Curr. Opin. Pulm. Med.**, v. 13, p. 192-198, 2007.

SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FABIO, S.R.C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v.22, n.3, p.317-324, 2010.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, n.2,p.03-05. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaoadasaude/informe>>. Acessado em: 10/10/13

SILVA, V. M.; OLIVEIRA, T. C.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAÚJO, T. L.; Languages of the nursing process in the dissertations and theses. A bibliographical study. **Online Braz J Nurs**. v.55, n.8, 2006.

SILVA, V. M. **Padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas:** validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem. 2007. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SILVA, M.A.M.; PINHEIRO, K.B.; SOUZA, A.M.A.; MOREIRA, A.C.A. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm**. v.64, n.3, p.596-599, 2011.

SILVA, V. M.; LOPES, M. V.O.; DE ARAUJO, T. L.; BELTRÃO, B. A.; MONTEIRO, F. P. M.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; SANTOS, F. A. A. S. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. **Heart & Lung**. v.40, n.3, p.e70-e77, 2011. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.12.002.

SILVEIRA, R. C. S. **Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil:** uma revisão integrativa. 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SINGH, S.; HAMDY, S. Dysphagia in stroke patients. **Postgrad Med J**; v.82, p.383-391, 2006.

SMITH, E.E.; SHOBHA, N.; DAI, D.; OLSON, D.W.M.; REEVES, M.J.; SAVER, J.L.; HERNANDEZ, A.F.; PETERSON, E.D.; FONAROW, G.C.; SCHWAMM, L.W. A Risk Score for In Hospital Death in Patients Admitted With Ischemic or Hemorrhagic Stroke. **J Am Heart Assoc**. v.2, p.e005207, 2013. doi: 10.1161/JAHA.112.005207

SMITHARD, D.G. Dysphagia following stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*. v.9, p.81–93, 1999.

SMITHARD, D.G.; SMEETON, N.C.; WOLFE, C.D. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? **Age Ageing**. v. 36, n.1, p. 90-94, 2007.

SOUSA; M. R.; RIBEIRO, A. L. P. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009.

SOUZA, B.A.; MARTINS, C.; CAMPOS, D.J.; BALSINI, I.D.; MEYER, L.R. **Nutrição e disfagia:** guia para profissionais. Nutroclínica, 2003.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statics**. New York: HarperCollins, 2001.

THEURER, J.A.; JOHNSTON, J.L.; TAVES, D.H.; BACH, D.; HACHINSKI, V.; MARTIN, R.E. Swallowing after right hemisphere stroke: oral versus pharyngeal deficits. **Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology**. v.32, n.3, p.114-122, 2008.

TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients – The Gugging Swallowing Screen. **Stroke**, v. 38, p. 2948-2952, 2007.

TREVISAN, R. (org). **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2007, 2280 p.

UMAY, E.K.; UNLU, E.; SAYLAM, G.K.; CAKCI, A.; KORKMAZ, A. Evaluation of Dysphagia in Early Stroke Patients by Bedside, Endoscopic, and Electrophysiological Methods. **Dysphagia**. v.28, p.395–403, 2013. DOI 10.1007/s00455-013-9447-z

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.14, n.1, p.124-131, 2006.

VIEGAS, W. **Fundamentos lógicos da metodologia científica**. Brasília: UnB-Fundação Universidade de Brasília. 3.ed. revisada, 2007. 241 p.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise do conceito e validação por especialistas**. 2010. 210p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept Analysis. In: _____. **Strategies for theory construction in nursing**. New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.

WANG, T. G.; WU, M. G.; CHANG, Y. C.; HSIAO, T. Y.; LIEN, I. N. The effect of nasogástrica tubes on swallowing function in persons with dysphagia following stroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 87, p. 1270-1273, 2006.

WANG, Z., LI, J.; WANG, C.; YAO, X.; ZHAO, X.; et al. Gender Differences in 1-Year Clinical Characteristics and Outcomes after Stroke: Results from the China National Stroke Registry. **PLoS ONE**. v.8, n.2, p.e56459, 2013. doi:10.1371/journal.pone.0056459.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston:Little Brown; 1979.

WESTERGREN, A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. **International Nursing Review**, v. 53, n.146, 2006.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WU, S.H.; WOO, J.; ZHANG, X.H. Worldwide socioeconomic status and stroke mortality: an ecological study. **International Journal for Equity in Health**, v.12, n.42, 2013. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/42>

ZART, P. **A criostimulação nas disfagias orofaríngeas pós acidente vascular encefálico**. Dissertação (Mestrado). 113p. Universidade Federal de Santa Maria. Centro das Ciências da Saúde. Santa Maria, 2008.

APÊNDICE A

Protocolo da Revisão Integrativa

REVISÃO INTEGRATIVA-PROTOCOLO
Tema: Deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral
1) Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre a deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral
2) Questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none">• <i>Qual a Definição conceitual e referente empírico de Deglutição e suas fases?</i>• <i>Qual a Definição conceitual e referente empírico de cada indicador do resultado Estado da deglutição e de suas fases?</i>• <i>Quais os atributos, antecedentes e consequentes da Deglutição e suas fases?</i>
3) Estratégias para buscar as pesquisas
Base de dados <ul style="list-style-type: none">❖ Base de dados 1: Lilacs❖ Base de dados 2: Pubmed❖ Base de dados 3: Cinahl❖ Base de dados 4: Scopus❖ Base de dados 5: Embase❖ Base de dados 2: Web of science❖ Biblioteca de Teses e Dissertações da CAPES❖ Livros texto
Descritores controlados: (DeCS/MESH) Deglutição/Deglutition Transtornos da deglutição/ Deglutition disorders Acidente Cerebral Vascular/ Stroke
Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none">❖ Artigos, dissertações e teses❖ Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol❖ Estudos que abordam deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral acima de 18 anos de idade e que respondam às questões norteadoras deste estudo
Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• Editoriais• Cartas ao editor
5) Estratégia para coleta de dados dos estudos <ul style="list-style-type: none">• Instrumento construído e validado por Oliveira (2012)
6) Estratégia para avaliação crítica dos estudos <ul style="list-style-type: none">• Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2011)
7) Sínteses dos dados <ul style="list-style-type: none">• Caracterização dos estudos• Categorias temáticas• Análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005)

Referências

1. MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to Best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
2. WALKER, L.; AVANT, K. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Norwalk: Appeton and Lange, 2005. 227p.

APÊNDICE B

Instrumento para Análise do Conceito “DEGLUTIÇÃO” em pacientes após acidente vascular cerebral.

1. Caracterização do Estudo									
Referência do estudo									
País:									
Idioma:									
Ano de publicação									
Área:									
Tipo de revista científica	Publicação de enfermagem <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde <input type="checkbox"/> Qual: _____								
Objetivo ou questão de investigação									
METODOLOGIA									
População Alvo	Amostra: Aleatória <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Diagnóstico: Fase aguda do AVC <input type="checkbox"/> Fase de reabilitação <input type="checkbox"/> Critérios de inclusão: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Quais _____ _____ Critérios de exclusão: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Quais _____ _____								
Local do estudo	Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Home care <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa público <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa privado <input type="checkbox"/> Não identifica o local <input type="checkbox"/> Outro: _____								
Delineamento Metodológico	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Pesquisa: <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Não Pesquisa: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Abordagem quantitativa Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Qual? _____ </td> <td style="padding: 5px;"> Revisão narrativa da literatura <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Abordagem qualitativa Etnografia Fenomenologia Teoria Fundamentada em dados Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____ </td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Revisão Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Protocolo clínico <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Pesquisa: <input type="checkbox"/>	Não Pesquisa: <input type="checkbox"/>	Abordagem quantitativa Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Qual? _____	Revisão narrativa da literatura <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____	Abordagem qualitativa Etnografia Fenomenologia Teoria Fundamentada em dados Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____		Revisão Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Protocolo clínico <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/>	
Pesquisa: <input type="checkbox"/>	Não Pesquisa: <input type="checkbox"/>								
Abordagem quantitativa Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Qual? _____	Revisão narrativa da literatura <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____								
Abordagem qualitativa Etnografia Fenomenologia Teoria Fundamentada em dados Outras <input type="checkbox"/> Qual? _____									
Revisão Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Protocolo clínico <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/>									

Coleta de dados:	Utiliza instrumento: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Tipo de instrumento: _____ _____ _____ Nome/ autor/ ano de construção do instrumento: _____ _____ Características psicométricas do instrumento: _____ _____ _____
------------------	--

2. A partir do estudo, foi possível identificar:

Conceito de Deglutição em pacientes após o AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Os atributos ou características que compõem a Deglutição em pacientes após o AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Os indicadores da Deglutição em pacientes após o AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
O conceito dos indicadores da Deglutição em pacientes com AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Como a Deglutição pode ser mensurada em pacientes após o AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Como os indicadores que compõem a Deglutição podem ser mensurados? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Episódios, situações e/ou fenômenos contribuem para a evidência da Deglutição em pacientes após o AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Episódios, situações e/ou fenômenos são resultantes da Deglutição em pacientes com AVC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual:
Comentários adicionais	

APÊNDICE C- Carta-convite para participação no estudo
(Validação por especialistas)

Prezado (a) enfermeiro (a),

Meu nome é Ana Railka de Souza Oliveira, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Validação de conteúdo dos resultados de enfermagem acerca do Estado da deglutição de pacientes com acidente vascular cerebral”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araújo.

Solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo na qualidade de especialista em linguagem da sistematização da assistência. Sua participação constará do preenchimento de um instrumento para a apreciação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores dos resultados de enfermagem acerca do Estado da Deglutição de pacientes com acidente vascular cerebral. Dispusemos os indicadores em um único instrumento e construímos definições operacionais para cada nível desses indicadores. Pediremos sua avaliação sobre a adequação dessas definições. Solicitaremos ainda o envio de sugestões e outras referências bibliográficas para a melhor adequação de alguma definição.

Caso acate o nosso convite, pedimos que responda este e-mail o quanto antes. Em seguida enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Solicitamos também que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aguardamos sua resposta e sua colaboração.

Atenciosamente,

Ana Railka de Souza Oliveira

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para especialistas

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Meu nome é Ana Railka de Souza Oliveira, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Validação de conteúdo dos resultados de enfermagem acerca do Estado da deglutição de pacientes com acidente vascular cerebral”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araújo.

Inicialmente, agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua participação é fundamental em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com esta temática. O primeiro momento, ocorrido anteriormente a este, consistiu no levantamento, na literatura, dos indicadores para avaliar a deglutição de pacientes em pacientes com acidente vascular cerebral e como se procede a sua mensuração. O momento atual consta do preenchimento de um instrumento para verificar adequação das definições conceituais e operacionais para os indicadores encontrados na literatura para avaliação da deglutição.

Damos-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Por fim, garantimos não fornecer nenhuma informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira. Ressaltamos que não receberá nenhum pagamento pelo preenchimento do formulário.

Caso necessite outros esclarecimentos, informamos-lhe os meus contatos e os da minha orientadora, bem como, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa.

Nome da pesquisadora: Ana Railka de Souza Oliveira

Endereço: Avenida José Bastos, nº 4800, Bloco H, Apt 304. Couto Fernandes. Fortaleza – CE. CEP: 60442-02. Telefone: 85-8797-7544. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br

Nome da orientadora: Thelma Leite de Araújo

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Bairro: Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. Telefone: 85-3366. 8459. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Bairro: Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. Telefone: 85-33668338

Consentimento Pós-Esclarecimento

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do especialista

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

APÊNDICE E - Instrumento para Avaliação do Paciente

Data: ____/____/____ Dados respondidos pelo () paciente ou () cuidador ou () ambos

1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Nome do paciente: _____

1.2 Número do Prontuário: _____

1.3 Sexo: () Feminino () Masculino

1.4 Idade: _____ anos

1.5 Procedência: () Fortaleza; () Outras cidades do Estado: _____; () Outros Estados: _____

1.6 Situação civil: () vive com companheiro; () vive sem companheiro

1.7 Escolaridade: _____ anos

1.8 Renda familiar: _____ reais

1.9 Ocupação: _____

2) HISTÓRIA CLÍNICA ANTERIOR:

2.1 Diabetes mellitus: () Sim () Não. Se sim, tempo da doença: _____

2.2 Hipertensão arterial: () Sim () Não. Se sim, tempo da doença _____ Tratava antes do AVC: () Sim () Não.

2.3 Cardiopatia: () Sim () Não. Se sim, especificar _____ tempo da doença: _____

2.4 Dislipidemia: () Sim () Não. Se sim, especificar: _____ tempo da doença: _____

2.5 Outras patologias: () Sim () Não. Se sim, especificar: _____

2.6 Toma medicações: () Sim () Não. Se sim, especificar: _____

3) FATORES DE RISCO

3.1 Hábito de fumar: () Não () Sim () Parou de fumar.

Se sim, número de cigarros em 24 horas _____ e o tempo de tabagismo _____ anos.

Se parou de fumar, número de cigarros em 24 horas _____ e o tempo _____ anos.

3.2 Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas: () Sim () Não.

Se sim, esclarecer a frequência da ingestão da bebida alcoólica: () diário () semanal () mensal () anual
A quantidade _____ ml.

3.3 Hábito de realização de atividade física: () Sim () Não

Se sim, esclarecer a frequência: () 3 vezes na semana () 3 vezes na semana

Se sim, esclarecer o tempo de duração da atividade: () 30 minutos () 30 minutos

3.4 História familiar de AVC: () Sim () Não. Se sim, especificar quem: _____

3.5 História familiar de problemas cardíacos: () Sim () Não. Se sim, especificar quem: _____

4) DADOS CLÍNICOS ATUAIS

4.1 Tipo de AVC: () isquêmico () hemorrágico () ataque isquêmico transitório () não esclarecido.

4.2 Localização da lesão: () Hemisfério esquerdo () Hemisfério direito () Bilateral () Tronco () Não especificado

4.3 Número de episódios de AVC: () primeiro episódio () Dois ou mais episódios anteriores.

Tempo de hospitalização atual: _____

4.4 Comorbidades atuais: () hipertensão arterial () diabetes mellitus () cardiopatias ()

hipercolesterolemia () doenças renais () doenças pulmonares () outras: _____

4.6 Aspectos nutricionais:

Via de alimentação: () oral sem restrição () oral com restrição

Qual o tipo de dieta (pode marcar mais de uma): () líquida () pastosa () sólida

Faz uso de algum espessante alimentar: () Sim () Não

Apresenta dificuldade para engolir alimentos sólidos: () Sim () Não

Apresenta dificuldade para engolir alimentos pastoso: () Sim () Não

Apresenta dificuldade para engolir alimentos líquidos: () Sim () Não

Dependência para alimentar-se: () Total () Parcial () Independente

Complicações nutricionais (desnutrição/desidratação): ()Ausente ()Presente.

Se presente, qual tipo: () desnutrição () desidratação () ambas

Se presente, há quanto tempo apresenta essas complicações: () antes do AVC () depois do AVC

4.7 Aspectos Respiratórios:

Respiração: ()Espontânea ()Suporte não invasivo de O₂

Complicações pulmonares: ()Ausente ()Presente

Se presente, qual tipo: _____

Ocorreu durante a internação: () Sim () Não () Não especificado

5) Avaliação física:

A) Avaliação da severidade do AVC - NIH

NIH na hora da internação: _____

NIH atual: _____

B) Avaliação da capacidade Funcional - Rankin

Escala de Rankin na internação: _____

Escala de Rankin atual: _____

D) Identificação dos Fatores de risco para aspiração respiratória:

Fator de risco	Referência empírica	Sim	Não
Disfagia	Apresenta anormalidades no Teste de Deglutição da Saliva: presença de anormalidades como a não execução da deglutição da saliva ou quando não há elevação da laringe.		
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	Relato do paciente/ acompanhante ou a observação do profissional de saúde sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente.		
Desordens neurológicas	Relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de alguma doença neurológica, como: trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer. Determinação da severidade do acidente vascular cerebral: avaliação, por meio de exames de neuroimagem (ex. tomografia de crânio), quanto ao tipo, ao lado e à localização da lesão vascular.		
Mobilidade Corporal Diminuída	Apresenta confinamento em uma cadeira de rodas ou na cama; definido como a incapacidade para andar, mesmo com o apoio de um ajudante.		
Reflexo de vômito diminuído ou ausente	Verificar a diminuição ou ausência de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.		
Cabeceira do leito baixa	Observar se o ângulo da cabeceira da cama do paciente é inferior a 35° em relação ao estrado.		
Uso de tubos gastrintestinais	Observar se o paciente faz uso de sondas gátricas, enterais, gastrostomia ou jejunostomia para alimentação e/ou administração de medicamentos.		

APÊNDICE F - Instrumento para coleta de dados (com definições)

Nome do paciente: _____

Nome do examinador: _____

Estado da deglutição: Transporte de alimento, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaringe		
1. CAPACIDADE DE LEVAR OS ALIMENTOS ATÉ A BOCA		
Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador levar todo o alimento e/ou líquido contido em um utensílio até a boca.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá colocar um utensílio (copo, colher, prato) contendo o alimento (dieta pastosa) diante do paciente e observar se ele consegue pegar o conteúdo e levar até a boca. Deve-se verificar se ele faz isso sozinho, com ajuda de terceiros ou se faz adaptações, como aproxima a boca do utensílio, utiliza material apropriado que favoreça a pega do utensílio.	1	Não consegue pegar o alimento mesmo com a ajuda de terceiros e/ou uso de adaptações.
	2	Consegue pegar o alimento e levar até a boca dependendo totalmente da ajuda de terceiros.
	3	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas depende parcialmente da ajuda de terceiros.
	4	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, mas necessita de adaptações.
	5	Consegue pegar o alimento e levar até a boca, sem adaptações ou ajuda de terceiros.
	N A	Não se aplica
2. CONTROLE POSTURAL DA CABEÇA E PESCOÇO EM RELAÇÃO AO CORPO		
Definição conceitual: Manutenção da cabeça em alinhamento com o pescoço e o tronco.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
Com o paciente em pé, sentado ou deitado com a cabeceira elevada a 45°, o examinador deverá observar, por um tempo de 1 minuto, o alinhamento da cabeça em relação ao pescoço e ao tronco, ou seja, se ela se mantém numa posição neutra.	1	Incapaz de alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e de manter a posição por até 1 minuto, mesmo com ajuda do examinador ou com apoio.
	2	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, mas é incapaz de manter a posição por pelo menos 1 minuto, mesmo com apoio.
	3	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, com apoio, por até 1 minuto.
	4	Consegue alinhar a cabeça com o pescoço e tronco com ajuda do examinador, e mantém a posição, sem apoio, por um tempo mínimo de 1 minuto.
	5	Consegue espontaneamente alinhar a cabeça com o pescoço e tronco e manter a posição, sem apoio, por 1 minuto a mais.
	N A	Não se aplica
3. INTEGRIDADE DAS ESTRUTURAS ENVOLVIDAS COM A MASTIGAÇÃO		
Definição conceitual: Avaliação da integridade das estruturas da mastigação necessárias para o início do processo digestivo.		

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá observar sem a utilização de dieta:</p> <p>1. MANDÍBULA: Pedir ao paciente para abrir e fechar a boca e depois solicitar que faça movimentos de lateralização da mandíbula;</p> <p>2. LÁBIOS: Verificar a capacidade de fechamento labial, por meio da força de prensão dos lábios. O examinador deverá pedir para o paciente prender uma espátula entre os lábios enquanto ele irá fazer uma força contrária, de puxar;</p> <p>3. BOCHECHA: a) Sensibilidade: extra-oral (solicitar que o paciente mantenha os olhos fechados. O examinador deve tocar com uma espátula a região das bochechas, fazendo diferentes pressões, forte e fraca, e solicitar que o paciente identifique o local); e intra-oral (também avaliado com olhos fechados. O examinador deverá tocar com a espátula diferentes pontos da cavidade oral com diferentes pressões e solicitar que o paciente identifique o local); b) tônus: o examinador com a mão enluvada deverá tocar a parte interna das bochechas e verificar a sua tonicidade)</p> <p>4. LÍNGUA: a) Movimento da língua: Protusão (pedir para o paciente com a boca aberta, estenda a língua o mais para frente possível e depois retraia); Lateralização (pedir para o paciente tocar cada parte da cavidade oral, mantendo a boca fechada, repetir alternadamente esses movimentos); Elevação (pedir para o paciente deixar a boca toda aberta e fazer a língua tocar o palato e depois retornar à posição anatômica, alternar elevação e retorno); b) Força da língua: o examinador irá testar com o paciente mantendo a boca aberta. Pedir que faça resistência aos movimentos realizados de empurrar a língua com uma espátula para trás, para os lados, para cima ou para baixo;</p> <p>5. PALATO: o examinador deverá pedir para o paciente abrir a boca, produzir o som “AH” várias vezes e sustentar cada som por vários segundos. Observar a ação de elevação do palato mole simetricamente, a úvula deve permanecer na linha mediana (pode ser necessário abaixar a língua com espátula para facilitar a visualização);</p> <p>6. DENTES: O examinador deverá solicitar que o paciente abra a boca e então deverá inspecionar os dentes, quanto a: a) Número (observar a quantidade de dentes, normal 28 dentes); b) Estado de conservação (observar a presença de cáries ou outras alterações); c) Oclusão (pedir que o paciente cerre seus dentes e sorria para observar a oclusão de todos os dentes; d) Caso o indivíduo utilize próteses, verificar a sua adaptação.</p>	1	Apresenta alterações em todas as estruturas envolvidas na mastigação.
	2	Apresenta alterações em quatro ou cinco estruturas envolvidas na mastigação.
	3	Apresenta alterações em duas ou três estruturas envolvidas na mastigação.
	4	Apresenta alterações em uma das estruturas envolvidas na mastigação.
	5	Não apresenta alterações nas estruturas envolvidas na mastigação.
	N A	Não se aplica
4. CAPACIDADE DE MANTER O CONTEÚDO ORAL NA BOCA		
Definição conceitual: Controle dos alimentos e/ou secreções orais na cavidade oral favorecido pelo vedamento labial, enquanto o bolo é formado.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá, sem a utilização de alimento, observar os lábios e verificar se eles apresentam:</p> <p>1. Simetria labial (pedir ao paciente para sorrir e verificar se há simetria);</p> <p>2. Manutenção da comissura labial em relação ao eixo horizontal (observar se a rima labial permanece no eixo horizontal, sem desvios);</p> <p>3. Vedamento labial (observar se o paciente sozinho consegue manter os lábios fechados);</p> <p>4. Ausência de Sialorreia (observar se há produção excessiva de saliva).</p>	1	Apresenta alterações nos quatro itens examinados.
	2	Apresenta alterações em três itens examinados.
	3	Apresenta alterações em dois itens examinados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens examinados.
	5	Não apresenta alterações nos itens examinados.
	N A	Não se aplica
5. ELEVAÇÃO DA LARINGE		
Definição conceitual: Elevação anterior e superior da laringe durante a deglutição.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá pedir para o paciente deglutir saliva e enquanto monitora os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea:</p> <p>1. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe que atinja em média dois dedos do examinador (Técnica dos 4 dedos: indicador posicionado na região anterior imediatamente abaixo da mandíbula, dedo médio no osso hióide e dedos anular e mínimo na cartilagem tireóide);</p>	1	Ausência de elevação da laringe.
	2	Apresenta somente um sinal clínico envolvidos na elevação laríngea.
	3	Apresenta dois ou três sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	4	Apresenta somente quatro sinais

2. Observação visual e digital de elevação e anteriorização da laringe de forma coordenada; 3. Início imediato da elevação laríngea após deglutição; 4. Ausência de trepidações; 5. Ausência de movimentos compensatórios (Nota-se o esforço do paciente, por meio da movimentação da língua ou de colocar o cabeça para trás, o qual deve ser observado enquanto se procura sentir os movimentos laríngeos. Pode-se perceber quando ele consegue completar o ato, tanto porque ele cessa de fazer esforços e gestos faciais quanto porque o examinador nota que o movimento laríngeo finalmente se normaliza).		clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	5	Apresenta todos os sinais clínicos envolvidos na elevação laríngea.
	N A	Não se aplica

7. DESCONFORTO COM A DEGLUTIÇÃO DO BOLO

Definição conceitual: Relato de desconforto com a deglutição do bolo alimentar, como sensação de alimento parado na garganta ou observação de qualquer tipo de desconforto, como tosse ou sufocação ou engasgos após a deglutição da saliva e de alimentos em variadas consistências.

Referente empírico	MAGNITUDES	
Inicialmente o examinador deverá perguntar se o paciente apresenta algum desconforto com a deglutição de alimentos ou saliva. Caso ele relate, realizar primeiro o teste de deglutição de saliva. Se ele não apresentar desconforto, além do teste da saliva, deverá ser realizado o teste com alimento na consistência pastosa (5mL). Devem ser investigados após 1 minuto: 1. Relato do paciente de sensação de alimento parado na garganta; 2. Presença de tosse após a deglutição; 3. Queda de 2% na saturação de oxigênio; 4. Presença de engasgo após a deglutição. * Para a realização do teste, o paciente deve estar com oxímetro de pulso.	1	Apresenta todos os itens investigados.
	2	Apresenta três dos itens investigados.
	3	Apresenta dois dos itens investigados.
	4	Apresenta um dos itens investigados.
	5	Não apresenta nenhum dos itens investigados.
	N A	Não se aplica

7. ESVAZIAMENTO DA CAVIDADE ORAL APÓS A DEGLUTIÇÃO DO BOLO

Definição conceitual: Ausência de resíduos na cavidade oral após a deglutição do bolo alimentar.

Referente empírico	MAGNITUDES	
Inicialmente, o examinador deverá observar a limpeza da cavidade oral (língua, bochechas, orofaringe ou por trás do véu palatino) . Caso esteja limpa e o paciente consiga manter o conteúdo oral na boca, será oferecida uma dieta de consistência pastosa (5mL). Nesse momento, o examinador deverá observar a ação da musculatura supra-hióide (ao redor da mandíbula), lateralização e rotação da mandíbula enquanto deglute o alimento e a quantidade de tentativas que ele faz para esvaziar o conteúdo oral. Depois de 1 minuto, é realizada uma nova inspeção da cavidade oral para verificar se ele conseguiu esvaziá-la. * Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.	1	Paciente se encontra com a cavidade oral suja, antes do oferecimento da nova dieta.
	2	Paciente consegue manter o alimento na boca, mas não apresenta nenhuma ação da musculatura ao redor da mandíbula.
	3	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, mas não consegue esvaziar a cavidade oral.
	4	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em mais de uma tentativa.
	5	Paciente consegue manter o alimento na boca, apresenta ação da musculatura ao redor da mandíbula, consegue esvaziar a cavidade oral em uma tentativa.
	N A	Não se aplica

8. TOSSE

Definição conceitual: Resposta reflexa comandada pelo tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo ser produzida voluntariamente. Na presença de tosse, são consideradas três características: o desencadeamento (reflexa ou voluntária), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou após a deglutição do bolo alimentar).

Referente empírico	MAGNITUDES	
--------------------	------------	--

<p>O examinador deverá avaliar os seguintes pontos:</p> <p>1. Tosse voluntária: solicitar ao paciente para tossir e avaliar a força, se forte (capaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea) ou fraca (incapaz de mobilizar secreções e limpar a via aérea). Caso o paciente não apresente tosse voluntária, não será realizado o segundo teste.</p> <p>2. Tosse Reflexa: observar a presença de tosse antes, durante ou após a deglutição primeiro de saliva e depois de um volume de 5mL de alimento pastoso).</p> <p>* Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.</p>	1	Tosse voluntária ausente.
	2	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa após a deglutição.
	3	Tosse voluntária fraca e presença de tosse reflexa antes ou durante a deglutição.
	4	Tosse voluntária fraca e ausência de tosse reflexa.
	5	Tosse voluntária forte e ausência de tosse reflexa.
	N A	Não se aplica

9. REFLUXO NASAL

Definição conceitual: Refluxo ou regurgitação de alimento para dentro da cavidade nasal de forma espontânea.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>Inicialmente o examinador deverá observar a presença de alimento retido na narina ou na orofaringe ou por trás do véu palatino. Caso o paciente não apresente resíduos iniciais, repetir a observação 1 minuto após a ingestão de alimento de consistência pastosa (5mL) e verificar a presença das seguintes evidências de refluxo nasal:</p> <p>7. Resíduos alimentares diretamente na orofaringe ou por trás do véu palatino; 8. Resíduos alimentares dentro das narinas; 9. Espirros.</p> <p>* Se o paciente relatar e/ou apresentar algum desconforto com o teste da saliva, não deverá ser realizado teste com o alimento na consistência pastosa, somente o da saliva.</p>	1	Presença de refluxo nasal antes da ingestão da dieta oferecida.
	2	Presença das três evidências de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	3	Presença de duas evidências de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	4	Presença de uma evidência de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	5	Ausência de qualquer evidência de refluxo nasal após a ingestão da dieta oferecida.
	N A	Não se aplica

10. ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA

Definição conceitual: Entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá observar a presença dos sinais clínicos de aspiração respiratória:</p> <p>1. Disfonia: O examinador deve observar o padrão da fala do paciente e avaliar as alterações na qualidade vocal (voz rouca, em sussurros, muda) e intensidade da voz (voz alta, forçada, sufocando);</p> <p>2. Disartria: O examinador deverá solicitar para o paciente falar as seguintes palavras, como PATAKA, CARRO, CAVALO, COQUEIRO, CADEIRA, TESOURA e enquanto ele fala deverá observar os movimentos labiais, linguais e mandibulares. Além disso, é analisada a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças;</p> <p>3. Reflexo de vômito anormal: O examinador deverá avaliar por meio de um estímulo tátil na região posterior da faringe. Considera-se anormal, quando há ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente;</p> <p>4. Tosse voluntária anormal: O examinador deverá solicitar que o paciente tussa. A tosse voluntária é considerada anormal quando a resposta é diminuída ou ausente;</p> <p>5. Tosse depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão primeiro de saliva e depois de 5ml de alimento pastoso.</p> <p>6. Mudança de voz depois da deglutição: O examinador deverá avaliar a presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de saliva e alimento pastoso (5ml), como voz molhada, rouquidão.</p>	1	Apresenta todos os sinais clínicos de aspiração respiratória.
	2	Apresenta quatro ou cinco sinais clínicos de aspiração respiratória.
	3	Apresenta três sinais clínicos de aspiração respiratória.
	4	Apresenta um ou dois sinais clínicos de aspiração respiratória.
	5	Ausência de sinais clínicos de aspiração.
	N A	Não se aplica

Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.

1. IDENTIFICA FATORES DE RISCO PARA A ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA

Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda parcial ou total do cuidador identificar os fatores de risco para a aspiração respiratória.

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá citar os fatores de risco que favorecem a ocorrência de aspiração respiratória e perguntar se o paciente ou o seu cuidador identificam algum.</p> <p>*Os fatores de risco são:</p> <p>25. Presença de alterações neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer);</p> <p>26. Nível de consciência e orientação alteradas;</p> <p>27. Dificuldade para deglutir;</p> <p>28. Higiene oral inadequada;</p> <p>29. Uso de cabeceira baixa durante a alimentação e/ou permanece assim após a alimentação;</p> <p>30. Não interrompe a dieta ao ter a cabeceira abaixada;</p> <p>31. Reflexo de tosse prejudicado ou ausente;</p> <p>32. Idade acima dos 60 anos;</p> <p>33. Uso de medicação como sedativos;</p> <p>34. Mobilidade corporal diminuída;</p> <p>35. Tempo de esvaziamento gástrico diminuído;</p> <p>36. Pneumonia recorrente.</p>	1	Incapaz de identificar os fatores de risco.
	2	Capaz de identificar até três fatores de risco.
	3	Capaz de identificar de quatro a seis fatores de risco.
	4	Capaz de identificar de sete a nove fatores de risco.
	5	Capaz de identificar dez ou mais fatores de risco.
	N	Não se aplica
	A	

2. MANTER CAVIDADE ORAL LIMPA

Definição conceitual: Capacidade de o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador conseguir manter a cavidade oral limpa.

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá observar se o paciente sozinho ou com a ajuda total ou parcial do cuidador consegue manter a cavidade oral limpa, usando como parâmetros:</p> <p>9. Ausência de restos alimentares na cavidade oral (nos dentes, língua, bochechas, orofaringe ou por trás do véu palatino);</p> <p>10. Condições dos dentes adequadas, sem cáries ou tártaros. Se usar, próteses, essas se encontram bem adaptadas e limpas;</p> <p>11. Ausência de sujidade na língua;</p> <p>12. Ausência de halitose.</p>	1	Apresenta alterações em todos os itens avaliados.
	2	Apresenta alterações em três itens avaliados.
	3	Apresenta alterações em dois itens avaliados.
	4	Apresenta alterações em um dos itens avaliados.
	5	Não apresenta alterações em nenhum dos itens avaliados.
	N	Não se aplica
	A	

3. POSICIONAMENTO ADEQUADO PARA SE ALIMENTAR

Definição conceitual: Capacidade de o paciente durante a alimentação manter-se na posição adequada (sentado ou com cabeceira elevada a 30°-45° ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida), sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>O examinador deverá perguntar para o paciente ou para o cuidador se durante toda a alimentação:</p> <p>- Mantem-se com a cabeceira elevada (30° a 45°) ou, se necessário, fica de decúbito lateral direito com a cabeça fletida para se alimentar por sondas gastrointestinais.</p> <p>- Caso permaneça na posição adequada, perguntar se interrompe a alimentação para ajustar o posicionamento.</p>	1	Não se mantém na posição adequada para se alimentar.
	2	Mantem-se na posição adequada para se alimentar durante curto espaço de tempo.
	3	Mantem-se na posição adequada para se alimentar durante algum tempo.
	4	Mantem-se na posição adequada para se alimentar durante maior parte do tempo.
	5	Mantem-se na posição adequada para se alimentar durante todo o tempo.
	N	Não se aplica
	A	

4. PERMANECE NA POSIÇÃO ERETA POR 30 MINUTOS APÓS A REFEIÇÃO

Definição conceitual: Capacidade de o paciente manter-se na posição ereta (sentado ou com cabeceira elevada a 30° ou 45°) por 30 minutos após a refeição, sozinho ou mediante o auxílio parcial ou total do cuidador.

Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá perguntar ao paciente ou ao cuidador se após a alimentação, mantém-se com a cabeceira elevada (30° a 45°) por no mínimo 30 minutos.	1	Não permanece na posição ereta após a refeição.
	2	Permanece na posição ereta até 9 minutos após a refeição
	3	Permanece na posição ereta após a refeição de 10 a 19 minutos.
	4	Permanece na posição ereta após a refeição de 20 a 29 minutos.
	5	Permanece na posição ereta após a refeição por 30 minutos ou mais.
	N A	Não se aplica

5. SELECIONA ALIMENTOS E LÍQUIDOS COM A CONSISTÊNCIA ADEQUADA

Definição conceitual: Capacidade de o paciente, sozinho ou mediante auxílio parcial ou total do cuidador, selecionar alimentos e líquidos com a consistência adequada para serem consumidos.

Referente empírico	MAGNITUDES	
<p>Inicialmente, o examinador deverá perguntar ao paciente ou ao seu cuidador, se ele já apresentou algum desconforto com a alimentação.</p> <p>Caso tenha apresentado algum desconforto, o examinador deverá perguntar se é modificada ou solicitada a modificação da consistência dos alimentos na presença desse(s) sinal(is).</p> <p>* Os sinais de disfagia são:</p> <ul style="list-style-type: none"> 25. Dificuldade para deglutir; 26. Tempo aumentado de deglutição; 27. Sensação de alimento parado na garganta; 28. Tosse; 29. Engasgo; 30. Cianose; 31. Sudorese; 32. Escape de alimento pela boca; 33. Mudança na voz; 34. Regurgitação nasal; 35. Fadiga; 36. Desconforto respiratório. 	1	Não seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois não os modifica ou não solicita a modificação após a presença de sinal(is) de disfagia.
	2	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de oito ou mais sinais de disfagia
	3	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de quatro a sete sinais de disfagia
	4	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, pois os modifica ou solicita a modificação após a presença de dois ou três sinais de disfagia.
	5	Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada, por não apresentar nenhum desconforto ou por modificar ou solicitar a modificação da alimentação após um sinal de disfagia.
	N A	Não se aplica

6. UTILIZA UTENSÍLIOS ADEQUADOS PARA OFERTA SEGURA DE ALIMENTOS POR VIA ORAL

Definição conceitual: Utiliza utensílios adequados (talheres ou copos) para oferta segura de alimentos por via oral.

Referente empírico	MAGNITUDES	
O examinador deverá perguntar para paciente ou para o seu cuidador quais tipos de utensílios (copos, talheres, canudos, seringas) são utilizados para ofertar os alimentos durante a refeição de forma segura.	1	Não utiliza copos e/ou talheres para se alimentar nas refeições, logo o alimento é fornecido por seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	2	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e seringas e/ou canudos para alimentos pastosos ou líquidos em todas as refeições.
	3	Utiliza copos e/ou talheres para alimentos sólidos e pastosos e seringas e/ou canudos para alimentos líquidos em todas as refeições.
	4	Utiliza copos e/ou talheres para se alimentar, mas em algumas refeições utiliza seringas e/ou canudos, independente da consistência.
	5	Utiliza somente copos e/ou talheres para se alimentar em todas as refeições, independente da consistência.
	N A	Não se aplica

APÊNDICE G - Instrumento para coleta de dados (sem definições)

Nome do paciente: _____

Nome do examinador: _____

Estado da deglutição: Transporte de alimento, líquido ou saliva da boca até o estômago, envolvendo as três fases fisiológicas: oral, faríngea e esofágica, por meio de uma estimulação sensitiva e motora da cavidade oral e orofaringe						
	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	
1. Capacidade de levar os alimentos até a boca	1	2	3	4	5	NA
2. Integridade das estruturas envolvidas com a mastigação	1	2	3	4	5	NA
3. Capacidade de manter o conteúdo oral na boca	1	2	3	4	5	NA
4. Esvaziamento da cavidade oral após a deglutição do bolo	1	2	3	4	5	NA
5. Controle postural da cabeça e pescoço em relação ao corpo	1	2	3	4	5	NA
6. Elevação da laringe	1	2	3	4	5	NA
	Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
7. Tosse	1	2	3	4	5	NA
8. Refluxo nasal	1	2	3	4	5	NA
9. Desconforto com a deglutição do bolo	1	2	3	4	5	NA
10. Aspiração respiratória	1	2	3	4	5	NA
Prevenção da aspiração respiratória: Atos pessoais ou dos cuidadores para prevenir a entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.						
	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
1. Identifica fatores de risco para aspiração respiratória	1	2	3	4	5	NA
2. Manter cavidade oral limpa	1	2	3	4	5	NA
3. Posicionamento adequado para se alimentar	1	2	3	4	5	NA
4. Permanece na posição ereta por 30 minutos após a refeição	1	2	3	4	5	NA
5. Seleciona alimentos e líquidos com a consistência adequada	1	2	3	4	5	NA
6. Utiliza utensílios adequados para oferta segura de alimentos por via oral	1	2	3	4	5	NA

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – pacientes

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir pessoas que sofreram acidente vascular cerebral, também chamado de “derrame”, para verificar se elas estão apresentando problemas para comer. Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que saiba todos os procedimentos deste estudo.

Caso aceite, meu nome é Ana Railka de Souza Oliveira, sou Enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e não trabalho no hospital em que o senhor está internado. Dessa forma, eu precisaria da sua ajuda em três momentos: Primeiro momento: eu lhe farei perguntas sobre sua saúde e sua doença e depois vou lhe pesar e medir sua altura, caso consiga levantar-se da cama. Vou também medir sua pressão arterial e seus braços e pernas. Depois vou precisar colher uma gota de sangue de seu dedo para saber se o senhor está com a glicemia ou colesterol elevados. Mais tarde, um enfermeiro que trabalha nesta unidade acompanhado por outro que não trabalha irão avaliar como o senhor está fazendo para se alimentar, eles irão fazer algumas perguntas e depois examinarão sua boca. Somente um dos enfermeiros trabalham nesta unidade. E para terminar, você irá fazer uma nova avaliação com a Fonoaudióloga que vem lhe acompanhando aqui nesta unidade de internação. Ela examinará de que forma você consegue comer alimentos diferentes.

Todo o exame irá demorar em torno de uma hora, mas se ficar cansado poderá interrompê-lo sempre que quiser. Acreditamos que o seu desconforto será mínimo, mas faremos todo o esforço para que diminua mais ainda. Esperamos que as informações obtidas neste estudo possibilitem uma atenção maior para as pessoas que tiveram um derrame e que podem vir a apresentar dificuldade para comer.

Caso tenha dificuldades para falar, solicitamos sua autorização para fazer as perguntas ao seu acompanhante na sua presença, mas sempre considerando que a sua informação é a melhor. Destacamos ainda que: 1- a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo para o tratamento que faz na instituição; 2- a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre o estudo; 3 - sua participação no estudo é voluntária, dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza; 4- estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome e endereço da responsável pela pesquisa:

Ana Railka de Souza Oliveira

Orientadora: Thelma Leite de Araujo

Endereço: Rua Alexandre Baraúna Bloco: /Nº: /Complemento: 1115

Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo- 60430-160- Fortaleza- Ceará

Telefones p/contato: 3366-8459 ou 9622-3550

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 33668344

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____

_____ Assinatura do paciente ou Digitais caso não assine

_____ Assinatura do pesquisador

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – responsáveis

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir pessoas que sofreram acidente vascular cerebral, também chamado de “derrame”, para verificar se a pessoa que você é responsável está apresentando problemas para comer. Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem claros.

Caso aceite, meu nome é Ana Railka de Souza Oliveira, sou Enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e não trabalho neste hospital em que será realizada a pesquisa. Dessa forma, eu precisaria da sua colaboração, pois primeiro eu farei uma entrevista com você e depois irei pesar e medir a altura do seu familiar, caso ele consiga levantar-se da cama e também medir pressão arterial e braços e pernas. Depois vou precisar colher uma gota de sangue do paciente para saber se ele está com a glicemia e o colesterol elevados. Mais tarde, dois enfermeiros que também não trabalham na unidade irão avaliar como o paciente está fazendo para se alimentar, eles irão fazer algumas perguntas para você e depois irão examinar a boca e pescoço do paciente. E para terminar, o paciente irá fazer uma nova avaliação com a Fonoaudióloga que vem acompanhando ele aqui nesta unidade de internação. Ela examinará de que forma o seu familiar consegue comer alimentos diferentes.

Todo o exame irá demorar em torno de uma hora, mas se o paciente ficar cansado você poderá interromper sempre que quiser. Acreditamos que o desconforto será mínimo, mas faremos todo o esforço para que diminua mais ainda. Esperamos que as informações obtidas neste estudo possibilitarão uma atenção maior para as pessoas que tiveram um derrame e que podem vir a apresentar dificuldade para comer.

Destacamos ainda que: 1- a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo para o tratamento que o paciente faz na instituição; 2- a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3 - sua participação no estudo é voluntária, dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza; 4- estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa ou do paciente, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome e endereço da responsável pela pesquisa:

Ana Railka de Souza Oliveira

Orientadora: Thelma Leite de Araujo

Endereço: Rua Alexandre Baraúna Bloco: /Nº: /Complemento: 1115

Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo- 60430-160- Fortaleza- Ceará

Telefones p/contato: 3366-8459 ou 9622-3550

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 33668344

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

_____, de _____ de _____

_____ Assinatura do responsável ou Digitais caso não assine

_____ Assinatura do pesquisador

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 140/12

Fortaleza, 20 de abril de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 93/12

Pesquisador responsável: Ana Raíka de Souza Oliveira

Título do Projeto: "Validação de conteúdo dos resultados de enfermagem acerca do estado da deglutição de pacientes após acidente vascular cerebral"

Levamos ao conhecimento de V.Sª que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 19 de Abril de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Ana Raíka de Souza Oliveira
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/FC

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12050513.6.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 215.770

Data da Relatoria: 28/02/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa é de uma tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, e trata-se de uma pesquisa metodológica, com o objetivo momento de verificar em cenário clínico as propriedades psicométricas das definições operacionais elaboradas para o resultado de enfermagem "Estado da deglutição para pacientes após acidente vascular cerebral". A pesquisadora refere que foi realizada anteriormente a construção das definições constitutivas e operacionais dos indicadores com base em Revisão Integrativa e Análise de Conceito tanto sobre deglutição, como Aspiração. Na introdução deixa explícito a proposta da pesquisa, conceito de deglutição, dados quantitativos sobre a incidência de alterações na deglutição e sua relação com o AVC. Relata sobre validação de diagnósticos, intervenção ou resultados de enfermagem incluindo conceitos e estudos já realizados. Trata-se de um estudo metodológico a ser realizado Unidade de AVC, localizado em um hospital geral, público e de nível terciário situado na cidade de Fortaleza-Ceará. Os participantes da pesquisa serão pacientes com diagnóstico médico de AVC. Critérios de inclusão e exclusão presentes, definição da amostra com base no número de itens do instrumento a ser usado no estudo. Aspectos metodológicos presentes e claro.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar em cenário clínico as propriedades psicométricas das definições operacionais elaboradas para o resultado de enfermagem "Estado da deglutição para pacientes após acidente vascular

Endereço: Rua Cel. Nunes do Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comspo@ufc.br

cerebral.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa poderá favorecer aos indivíduos com Acidente Vascular Cerebral benefícios ao receberem cuidados do enfermeiro baseados no processo de enfermagem e na determinação de indicadores de avaliação clínica mais específicos ao seu contexto, contribuindo para o direcionamento das intervenções na busca dos resultados positivos de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O total de participantes da amostra será estimado em 10 vezes o total de itens do instrumento de medida segundo orientação de Nunnaly (1978). Assim, a amostra do estudo será formada por no mínimo 150 pacientes. A coleta de dados ocorrerá no período de Fevereiro a Junho de 2013 e caberá a pesquisadora selecionar entre os pacientes que apresentem o diagnóstico médico de AVC, aqueles que atenderão aos critérios de inclusão. Será realizado entrevista, exame físico e avaliação de prontuário. Para avaliação da severidade do AVC, utilizar-se-á a escala de Acidente Vascular Cerebral do National Institutes of Health para avaliar os déficits neurológicos, a qual contém os aspectos: nível de consciência, orientação temporal, comandos verbais e praxia, olhar conjugado, visual, paralisia facial, motricidade de membros superiores e inferiores, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção e desatenção. Será mensurada pressão arterial, glicemia e colesterol dos pacientes, assim como sua antropometria. Posteriormente, será iniciada a avaliação do processo de deglutição. Durante esse momento, cada enfermeiro, de posse do instrumento com as definições constitutivas e operacionais elaboradas e validadas pelos especialistas (já realizado em outro momento pela pesquisadora), procederá ao exame físico. Para a escolha destes enfermeiros, serão adotados como critérios: experiência profissional de 1 (um) ano no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral ou com problemas de disfagia ou em unidades de cuidados críticos; e experiência profissional ou acadêmica com terminologias de enfermagem. Os enfermeiros selecionados irão passar por um treinamento de 20 horas/aula. Nesse momento serão abordados: processo de enfermagem, taxonomias de enfermagem, assistência de enfermagem a pacientes com AVC e avaliação semiológica da deglutição. Portanto, antes da aplicação do instrumento, será realizado um pré-teste com 4 pacientes para assegurar compreensibilidade e os mesmos não farão parte da amostra final do estudo. Além disso, será realizada avaliação complementar fonoaudiológica dos pacientes, para verificação do estado de deglutição quanto aos alimentos de consistência líquida, pastosa e sólida. Após a coleta, os dados serão compilados numa planilha do programa Excel 8.0, processados e analisados com auxílio do Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Aspectos éticos presentes no texto.

Endereço: Rua Col. Nunes da Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: compe@ufc.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios necessários como: folha de rosto, carta/ofício de encaminhamento ao CEP, carta de anuência dos pesquisadores, orçamento, autorização da instituição, currículo, TCLE para pacientes e responsáveis foram apresentados. Anexaram documento assinado pela equipe participante da pesquisa, constando nela a fonocardiologista.

Recomendações:

Coleta de dados está com início a partir de 01 de março. Alterar para data posterior à aprovação do comitê de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora realizou as alterações solicitadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 11 de Março de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)