

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
ASPIRAÇÃO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

FORTALEZA
2011

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
ASPIRAÇÃO EM PACIENTES COM 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 Araújo.

FORTALEZA
2011

C364v Cavalcante, Tahissa Frota
Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. / Tahissa Frota Cavalcante. – Fortaleza, 2011.
188f.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Thelma Leite de Araújo
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 2011.
1. Acidente cerebral vascular. 2. Enfermagem. 3. Diagnóstico de enfermagem. I. Araújo, Thelma Leite de (Orient.) II. Título.
CDD 610.73691

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE ASPIRAÇÃO EM
PACIENTES COM 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. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da
Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Vitória de Cássia Félix de Almeida
Universidade Regional do Cariri – URCA

Prof.^a Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Viviane Martins da Silva
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aos meus pais, Rivaldo e Socorro, que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los. Ao meu esposo, Samuel, companheiro no amor, na vida e nos sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor sublime e por proporcionar forças para transpor barreiras.

À minha família, pelo amor, pelo incentivo e pela dedicação constante.

Ao meu amado esposo Samuel, companheiro de todos os momentos. Pelo amor, pelo incentivo e pelos sonhos compartilhados juntos.

À professora Thelma Leite de Araújo, fonte de inspiração contínua. Exemplo de ser humano competente, comprometido e dedicado à Enfermagem. Obrigada pelas oportunidades ofertadas e por sempre acreditar no meu potencial.

Ao professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pelas importantes contribuições para a consecução deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas amigas da graduação, Rafaella Pessoa Moreira, Nirla Gomes Guedes, Hérica Cristina Alves de Vasconcelos e Niciane Bandeira Pessoa Marinho Capistrano, pelos diversos momentos de alegria e de tristeza compartilhados juntos. Vocês me ajudaram a compreender o significado da palavra amizade.

A todos os componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo apoio necessário a minha formação acadêmica. Em especial, às amigas Viviane Martins da Silva, Emília Soares Chaves, Allyne Fortes Vitor, Flávia Paula Magalhães Monteiro, Alice Gabriele de Sousa Costa, Ana Railka de Sousa Oliveira e Célida Juliana de Oliveira.

A todos os professores e colegas do Programa de Pós- graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, por proporcionar oportunidades de crescimento pessoal e profissional constantes.

A todos os pacientes pelas contribuições valiosas para o desenvolvimento deste trabalho. A intenção principal é ajudá-los.

Há Momentos

“Há momentos na vida em que sentimos tanto
a falta de alguém que o que mais queremos
é tirar esta pessoa de nossos sonhos
e abraçá-la.

Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes
não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor
das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam por suas vidas.

O futuro mais brilhante
é baseado num passado intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida
quando perdoar os erros
e as decepções do passado.

A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar
duram uma eternidade.
A vida não é de se brincar
porque um belo dia se morre”.

(Clarice Lispector)

RESUMO

O estudo tem por objeto a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas de validação de diagnósticos de enfermagem, conforme preconizado por Hoskins (1989): análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para a realização da análise de conceito, utilizou-se como referências o modelo de análise de conceito proposto por Walker e Avant (2005) e a revisão integrativa da literatura proposta por Whitemore e Knafl (2005). Procedeu-se à busca pela literatura em cinco bases de dados: LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS e COCHRANE, com os descritores aspiração respiratória e acidente cerebral vascular e as suas sinonímias nas línguas inglesa e espanhola. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, restaram 94 estudos (total de 659) que subsidiaram a análise do conceito. Em relação ao conceito de aspiração respiratória, foram encontrados três atributos críticos essenciais para a compreensão deste conceito: movimento (entrada, penetração), objeto (sólidos, fluidos, secreções orofaríngeas, conteúdos gástricos) e localização exata (abaixo das cordas vocais e trato respiratório inferior). Foram levantados onze fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral com os seus respectivos conceitos e referências empíricas: disfagia, depressão do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, distúrbios neurológicos (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer), presbifagia, uso de tubos gastrintestinais, presença de refluxo gastroesofágico, imobilização, reflexo de vômito ausente, procedimentos invasivos como videofluoroscopia e endoscopia digestiva alta e sedação. Após a etapa de análise de conceito, foi construído um instrumento com os conceitos e as referências empíricas dos fatores de risco identificados. Este foi submetido ao crivo de 26 enfermeiros especialistas na área do diagnóstico de enfermagem em estudo. Alguns fatores de risco foram apontados como inapropriados pelos especialistas (proporção de concordância abaixo de 85%) para a predição do risco de aspiração respiratória: presbifagia, imobilização, reflexo de vômito ausente e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia. Entretanto, ao analisar as sugestões dos especialistas, encontrou-se que estes não concordavam com o conceito ou com a referência empírica proposta para estes fatores de risco, o que motivou a modificação. Grande parte dos especialistas sugeriu o acréscimo dos fatores de risco uso de tubos endotraqueais/traqueostomia e cabeceira do leito baixa. Estes fatores de risco analisados e validados por especialistas foram testados na prática clínica, por meio de um estudo longitudinal realizado com 24 pacientes internados em um hospital geral por acidente vascular cerebral. Os achados mostraram que disfagia e mobilidade corporal diminuída constituem preditores eficazes da presença do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração. Os fatores de risco presbifagia, presença de refluxo gastroesofágico e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia não foram indicadores satisfatórios do diagnóstico em estudo. Portanto, sete fatores de risco demonstraram-se, conforme examinado pela análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica, apropriados para avaliar o diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem. Aspiração Respiratória; Acidente Cerebral Vascular.

ABSTRACT

The study has as objective to validate the nursing diagnosis risk for aspiration in patients with stroke. Methodological study carried out in three phases of validation of nursing diagnoses, as recommended by Hoskins (1989): concept analysis, validation by experts and clinical validation. For the concept analysis were used as a reference the concept analysis model proposed by Walker and Avant (2005) and integrative literature review proposed by Whitemore and Knafl (2005). Proceeded to search the literature in five databases: LILACS, CINAHL, PUBMED, SCOPUS and COCHRANE, with the descriptors: respiratory aspiration and stroke, and their synonyms in Portuguese and Spanish. After the application of inclusion and exclusion criteria, 94 studies (amount 659 studies) remained that supported the concept analysis. Concerning the concept of respiratory aspiration, were found three critical attributes essential for understanding this concept: movement (entrance, penetration), object (solids, fluids, oropharyngeal secretions, gastric contents) and location (below the vocal cords and lower respiratory tract). Were identified eleven risk factors for respiratory breathing in patients with stroke with their respective concepts and empirical references: dysphagia, depressed level of consciousness, impaired or absent cough reflex, neurological disorders (brain trauma, stroke and Alzheimer's disease), presbyphagia, use of gastrointestinal tubes, presence of gastro-esophageal reflux disease, immobilization, absent gag reflex, invasive procedures such as video-fluoroscopy and upper digestive endoscopy and sedation. After the concept analysis phase it was built an instrument with the concepts and empirical references of identified risk factors, this was subjected to the analysis of 26 nurse specialists in the area of the nursing diagnosis in study. Some risk factors were identified as inappropriate by experts (agreement proportion below 85%) to predict the risk of respiratory aspiration: presbyphagia, immobilization, absent gag reflex and invasive procedures such as endoscopy and video-fluoroscopy. However, when analyzing the experts' suggestion, it was found that they disagreed with the concept or with the empirical reference proposed to these risk factors, which motivated the change. Most experts suggested the addition of risk factors using endotracheal tubes/tracheostomy and head of the bed down. These risk factors analyzed and validated by experts were tested in clinical practice through a longitudinal study performed with 24 patients with stroke. The results showed that dysphagia and decreased physical mobility are effective predictors of the presence of nursing diagnosis risk for aspiration. Presbyphagia risk factors, presence of gastro-esophageal reflux and invasive procedures such as endoscopy and video-fluoroscopy were satisfactory indicators of the diagnostic in study. Therefore, seven risk factors were identified, as examined by the concept analysis, validation by experts and clinical validation, suitable for assessing the nursing diagnosis risk of aspiration in patients with stroke.

Key-words: Nursing Diagnosis; Respiratory Aspiration; Stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes da revisão integrativa da literatura, descritas por Whittemore e Knafl (2005)	28
Diagrama 1 - Processo de seleção da base de dados LILACS	37
Diagrama 2 - Processo de seleção da base de dados PUBMED	38
Diagrama 3 - Processo de seleção da base de dados CINAHL	39
Diagrama 4 - Processo de seleção da base de dados SCOPUS	40
Diagrama 5 - Processo de seleção da base de dados COCHRANE	41
Diagrama 6 - Total de estudos selecionados para a Análise do Conceito.....	41
Gráfico 1 - Apresentação das taxas de falso positivos e falso negativos dos fatores de risco para aspiração respiratória quando comparados ao fator de risco reflexo de vômito diminuído ou ausente. Fortaleza, 2011.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Critérios para a seleção de especialistas proposto por Fehring (1994)	31
Quadro 2 -	Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos, proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005)	42
Quadro 3 -	Definições encontradas na literatura para o conceito de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.....	49
Quadro 4 -	Consequentes da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral encontrados na literatura.....	52
Quadro 5 -	Equivalência entre os antecedentes da aspiração respiratória encontrados na literatura com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.....	54
Quadro 6 -	Conceitos do antecedente Disfagia relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	58
Quadro 7 -	Referências empíricas do antecedente Disfagia relacionadas aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	61
Quadro 8 -	Definições operacionais do seis sinais clínicos preditivos de aspiração respiratória, segundo Daniels <i>et al.</i> (2000).....	63
Quadro 9 -	Avaliação sensório-motora da cavidade oral, com as respectivas definições operacionais, proposta por Nishiwaki <i>et al.</i> (2005).....	64
Quadro 10 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Depressão do nível de consciência relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	66
Quadro 11 -	Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo estabelecido por Hagen, Malkmus e Durham (2002)	67
Quadro 12 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Reflexo de tosse prejudicado ou ausente relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	70
Quadro 13 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Desordens	

	Neurológicas relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	73
Quadro 14 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Presbifagia relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.	73
Quadro 15-	Conceitos e referências empíricas do antecedente Uso de tubos gastrintestinais relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	74
Quadro 16 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Presença de refluxo gastroesofágico relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	75
Quadro 17-	Conceitos e referências empíricas do antecedente Imobilização relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.	75
Quadro 18 -	Escala de Estágios de Recuperação Motora estabelecida por Brunnstrom (1970)	76
Quadro 19 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Reflexo de vômito ausente, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	77
Quadro 20 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	77
Quadro 21 -	Conceitos e referências empíricas do antecedente Sedação relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.....	78
Quadro 22 -	Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.....	80
Quadro 23 -	Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo de Fehring (1994).....	84
Quadro 24 -	Escore dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios adaptados do sistema de pontuação proposto por	

Fehring (1994.....	90
Quadro 25 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, após a validação dos especialistas.....	112
Quadro 26 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, após as três fases de validação.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência estabelecida por Melnyk, Fineout-Overholt (2005).....	45
Tabela 2-	Distribuição dos estudos conforme o país do estudo, ano de publicação, área profissional, cenário e temática do estudo. Fortaleza, 2010.....	46
Tabela 3-	Dados referentes ao perfil dos especialistas (n = 26). Fortaleza, 2011.....	91
Tabela 4-	Avaliação pelos especialistas dos títulos diagnósticos do diagnóstico Risco de aspiração. Fortaleza, 2011.....	95
Tabela 5-	Avaliação pelos especialistas dos conceitos do diagnóstico Risco de aspiração. Fortaleza, 2011.....	96
Tabela 6-	Avaliação dos especialistas sobre a adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	97
Tabela 7-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Disfagia. Fortaleza, 2011.....	98
Tabela 8-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Depressão do nível de consciência. Fortaleza, 2011.....	101
Tabela 9-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Reflexo de tosse prejudicado ou ausente. Fortaleza, 2011.....	103
Tabela 10-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer). Fortaleza, 2011.....	104
Tabela 11-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Presbifagia. Fortaleza, 2011.....	105
Tabela 12-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Uso de tubos gastrintestinais. Fortaleza, 2011.....	105

Tabela 13-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Presença de refluxo gastroesofágico. Fortaleza, 2011.....	106
Tabela 14-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Imobilização. Fortaleza, 2011.....	107
Tabela 15-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Reflexo de vômito ausente. Fortaleza, 2011.....	108
Tabela 16-	Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia. Fortaleza, 2011.....	109
Tabela 17-	Caracterização dos dados sociodemográficos de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	124
Tabela 18-	Distribuição dos pacientes, segundo características clínicas do acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	127
Tabela 19-	Distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	128
Tabela 20-	Distribuição do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e do desfecho clínico aspiração respiratória presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	129
Tabela 21-	Distribuição das estimativas de associação entre os fatores de risco para aspiração respiratória e o desfecho clínico de aspiração respiratória presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	130
Tabela 22-	Distribuição das medidas de acurácia dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração presente nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	132

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	23
2.1	Geral	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	24
3.1	O Modelo de Validação de Hoskins	24
3.1.1	Análise do conceito.....	24
3.1.2	Validação por especialistas.....	29
3.1.3	Validação clínica.....	32
4	ANÁLISE DE CONCEITO	33
4.1	Objetivo específico da Análise de Conceito	33
4.2	Materiais e Métodos da Análise de Conceito	34
4.2.1	Revisão integrativa da Literatura.....	34
4.2.2	Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant (2005).....	43
4.3	Resultados e Discussões da Análise de Conceito	45
4.3.1	Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica	45
4.3.2	Análise e Apresentação dos dados.....	49
5	VALIDAÇÃO DE ESPECIALISTAS	83
5.1	Objetivo específico da Validação de Especialistas	83
5.2	Materiais e Métodos da Validação de Especialistas	84
5.2.1	Seleção dos especialistas.....	84
5.2.2	Procedimento de coleta de dados.....	86
5.2.3	Organização e análise de dados.....	87
5.2.4	Aspectos éticos.....	88
5.3	Resultados e Discussões da Validação de Especialistas	89
5.3.1	Caracterização dos Especialistas.....	90
5.3.2	Avaliação do título e conceito diagnóstico.....	95
5.3.3	Adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.	97
5.3.4	Avaliação pelos especialistas dos conceitos e referências empíricas.....	98
5.3.5	Inclusão de novos fatores de risco.....	110
6	VALIDAÇÃO CLÍNICA	114
6.1	Objetivos específicos da validação clínica	114
6.2	Materiais e Métodos da validação clínica	115
6.2.1	Natureza da etapa.....	115
6.2.2	Local do estudo.....	115
6.2.3	População e amostra.....	116
6.2.4	Variáveis do estudo e Instrumento de coleta de dados.....	117
6.2.5	Operacionalização da coleta de dados.....	120
6.2.6	Análise dos dados.....	121
6.2.7	Aspectos éticos.....	122
6.2.8	Financiamento do estudo.....	123

6.3	Resultados e Discussões da validação clínica.....	124
7	CONCLUSÃO	137
	REFERÊNCIAS	141
	APÊNDICES	155
	ANEXOS	188

1 INTRODUÇÃO

O estudo tem por objeto a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. A motivação principal para a realização desta pesquisa surgiu em decorrência dos resultados encontrados em estudo de mestrado relacionado a este diagnóstico de enfermagem (CAVALCANTE, 2008). Essa pesquisa teve como objetivo primordial analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular cerebral (CAVALCANTE, 2008).

Ao analisar este perfil, um dos diagnósticos mais presentes foi o Risco de aspiração, encontrado em 50,5% dos pacientes (total de 91 pacientes). Este apresentou associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de enfermagem relativos às deficiências no autocuidado e na mobilidade corporal. Ademais, os pacientes com o diagnóstico de enfermagem risco de aspiração apresentaram duas vezes mais probabilidade de déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=1,79) e déficit no autocuidado para banho/higiene (RP=1,76) e cinco vezes mais de apresentarem Mobilidade no leito prejudicada (RP=4,89) (CAVALCANTE, 2008).

Importa ressaltar que várias características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de deficiências no autocuidado, como incapacidade de colocar roupas na parte superior e inferior do corpo do corpo, de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, de realizar higiene íntima apropriada e de lavar o corpo, quando presentes, elevaram as chances do paciente com acidente vascular cerebral apresentar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (CAVALCANTE, 2008). No tocante à mobilidade corporal, aqueles que tinham a característica definidora capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a sentada (diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada) tiveram cinco vezes mais probabilidade de apresentar o diagnóstico Risco de aspiração (CAVALCANTE, 2008).

O diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração é definido na Taxonomia II da NANDA - Internacional (NANDA-I, 2010) como “o risco de entrada

de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas” (NANDA, 2010, p. 330). Tal diagnóstico pertence ao domínio segurança/proteção, à classe lesão física e apresenta como fatores de risco: administração de medicação, alimentação por sonda, cirurgia de pescoço, cirurgia facial, cirurgia oral, deglutição prejudicada, esfíncter esofágico inferior incompetente, esvaziamento gástrico retardado, fixação cirúrgica dos maxilares, motilidade gastrintestinal diminuída, nível de consciência reduzido, presença de sonda endotraqueal, de traqueostomia, pressão intragástrica aumentada, reflexos de tosse diminuídos, reflexos de vômitos diminuídos, resíduo gástrico aumentado, situações que impedem a elevação da parte superior do corpo, trauma de pescoço, trauma facial, oral e tubos gastrintestinais (NANDA, 2010).

Como explicitado, este diagnóstico de enfermagem foi vinculado aos diagnósticos de enfermagem Deficiências de autocuidado e Mobilidade no leito prejudicada no estudo referenciado. Ao analisar o diagnóstico presente na Taxonomia II da NANDA-I (2010), constatou-se a não existência do fator de risco relacionado às deficiências no autocuidado e à mobilidade no leito prejudicada.

Pesquisa desenvolvida por Wooldridge *et al.* (1998) sobre a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes hospitalizados sugeriu o acréscimo na Taxonomia da NANDA-I do fator de risco dependência em executar as atividades de autocuidado. Diante deste contexto, elucida-se a necessidade da realização de estudos de validação com vistas a refinar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Ainda, segundo os mesmos autores, os preditores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração não se encontram bem definidos e há uma escassez de estudos a respeito da validação clínica deste diagnóstico de enfermagem.

A validade de um diagnóstico refere-se ao grau em que ele representa à resposta do paciente a uma determinada situação. Ou seja, ao validar um diagnóstico, o enfermeiro refina o conjunto de indicadores clínicos que permitem descrevê-lo, o qual contribui, substancialmente, para a confiabilidade de seu uso na prática clínica (CHAVES, 2008).

É importante destacar que o processo de validação de um diagnóstico de enfermagem assemelha-se aos procedimentos utilizados para a obtenção da validade e confiabilidade dos instrumentos de medidas, em que validade refere-se

ao grau com que um instrumento de medição mede exatamente o que deve medir e confiabilidade é a precisão que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas (CHAVES, 2008; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Gordon (1994), a validade de um diagnóstico de enfermagem inclui o grau com que um grupo de características definidoras/fatores de risco descreve uma realidade que pode ser observada na interação cliente/ambiente. Consideraram-se válidas quando estas são identificadas em um grupo ou uma situação clínica específica. A autora ainda acrescenta que a validação é uma tarefa processual, uma vez que as situações clínicas identificadas e tratadas pelos enfermeiros são complexas e variam conforme as características culturais, sociais, econômicas e individuais.

Os diagnósticos de enfermagem constituem elemento central do processo de enfermagem em virtude do vínculo direto ao planejamento da assistência de enfermagem. A definição de diagnóstico de enfermagem mais utilizada é a oficializada na IX Conferência da NANDA em 1990, que o conceitua como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas de saúde e aos processos vitais atuais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem com vistas a atingir os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005; CRUZ, 1994; FOSCHIERA; VIERA, 2004; GORDON, 1994).

Conforme asseveram Chaves, Carvalho e Rossi (2008), o diagnóstico de enfermagem é um instrumento de planejamento direcionado para as necessidades de cuidados em situações clínicas específicas. Por isso, é necessário ampliar a confiabilidade dos diagnósticos de enfermagem, por meio de estudos de validação, tornando confiável a sua utilização tanto na prática como no ensino.

A necessidade de identificação, organização e classificação dos diagnósticos de enfermagem surgiu na década de 1970, nos Estados Unidos, por um grupo de enfermeiros da Associação Norte-Americana de Enfermagem (CRUZ, 1994), a qual posteriormente construiu uma taxonomia para os diagnósticos de enfermagem, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

O sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA é um dos mais divulgados e aplicados em todo o mundo. Em 1982, foram apresentados os resultados do trabalho da construção do sistema conceitual - Taxonomia I, que evoluiu em 1984 para nove Padrões de Respostas Humanas:

trocar, relacionar, sentir, comunicar, valorizar, escolher, mover, perceber e conhecer (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 1994, iniciaram-se discussões acerca da necessidade de construção de uma nova estrutura taxonômica. Em 2001, foi publicada a Taxonomia II, a qual se caracteriza por ser multiaxial e por organizar, com base em 13 domínios e 47 classes, os 93 conceitos diagnósticos e os 155 diagnósticos de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A partir de 2007, a associação passou-se a chamar NANDA-Internacional (NANDA-I) e a sua última edição contempla a mesma estrutura taxonômica II com 201 diagnósticos de enfermagem aprovados (NANDA, 2010). Dessa forma, a Taxonomia da NANDA-I fornece aos enfermeiros uma linguagem padronizada a ser empregada no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico sobre as respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais (CARVALHO; GARCIA, 2002). Além disso, um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum para auxiliar os enfermeiros na avaliação dos dados selecionados, na identificação dos problemas potenciais ou reais do cliente e na sua descrição (CARPENITO, 2002).

Apesar da ampliação e do aprimoramento crescente da Taxonomia da NANDA-I, o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I são conhecidos e aplicados satisfatoriamente, porém os mesmos não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas podem permitir o seu aprimoramento e tornar sua estrutura conceitual mais refinada (MELO, 2004; PILEGGI, 2007).

Pesquisa realizada sobre a tendência dos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, produzidos em Programas de Pós-graduação *Stricto-Sensu*, afirma que há uma tendência crescente no desenvolvimento de pesquisas desta natureza e que o foco principal destas é a validação das características definidoras, seguido dos fatores relacionados e do título diagnóstico (GUEDES *et al.*, 2009). As autoras ainda ressaltam que não foi evidenciado nenhum trabalho sobre a validação de um diagnóstico de enfermagem de risco.

Alguns autores afirmam que os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem são relativamente recentes no Brasil e recomendam validar outros

componentes dos diagnósticos de enfermagem, como o título, a definição e os fatores de risco (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Os diagnósticos de enfermagem de risco são definidos como respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduos, famílias e comunidades vulneráveis. Estes estão apoiados em fatores de risco para o aumento desta vulnerabilidade. Em relação ao conceito de fator de risco, a NANDA-I apresenta-o como fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, da família ou da comunidade a um evento insalubre (NANDA, 2010).

Na assistência aos gravemente enfermos, principalmente aos pacientes com acidente vascular cerebral, 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, as quais os pacientes estão expostos, dispõem o enfermeiro a 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).

É oportuno destacar que as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e complicações são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais. A redução dos riscos à saúde é uma das estratégias de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida das pessoas e da assistência à saúde.

O elemento chave no tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral na fase aguda e subaguda está baseado na prevenção de complicações, como os problemas associados à pneumonia aspirativa, à hiperglicemia, à febre, ao edema cerebral, à desidratação e ao tromboembolismo (SUMMERS *et al.*, 2009).

A via principal para a entrada de micro-organismos no trato respiratório inferior consiste na aspiração de secreção orofaríngea e, nos casos dos pacientes intubados, da secreção que se acumula acima do balonete, motivando o desenvolvimento da pneumonia aspirativa. Tal situação é bastante presente nos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, o que remonta a ideia de que o risco de aspiração está vinculado ao risco de infecção (AMARAL; CORTÊS; PIRES, 2009).

A pneumonia é uma séria complicação que ocorre nas primeiras 48 a 72 horas após o acidente vascular cerebral e é responsável por aproximadamente 15% a 25% das mortes relacionadas a essa doença. Ressalta-se que a causa mais comum de pneumonia em pacientes com acidente vascular cerebral é a aspiração. Esta situação aumenta o tempo de internação, a mortalidade e os custos hospitalares (SUMMERS *et al.*, 2009).

A aspiração é responsável por uma mortalidade de 33% em pacientes com acidente vascular cerebral (CAVIEDES *et al.*, 2005). Em virtude da alta letalidade desta condição relacionada, também, ao aumento de complicações broncopulmonares, a equipe de enfermagem deve conhecer todos os fatores de risco associados à aspiração. Destarte, a prevenção da aspiração deve ser o foco dos cuidados de enfermagem. Diante desta situação, esforços para a prevenção, o reconhecimento precoce e o tratamento devem ser encorajados pelos enfermeiros.

Diante do contexto ora apresentado, surgiram os seguintes questionamentos: os fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração são pertinentes para pacientes com acidente vascular cerebral? Há outros fatores de risco para aspiração não contemplados na Taxonomia da NANDA-I? As deficiências no autocuidado e na mobilidade corporal são fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral?

Logo, a tese fundamenta-se nas seguintes hipóteses: há outros fatores de risco para aspiração não contemplados na Taxonomia II da NANDA-I e as deficiências no autocuidado relativas ao banho/higiene, ao vestir-se/arrumar-se e à higiene íntima e mobilidade corporal prejudicada são fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. Com o intuito de responder aos questionamentos levantados e testar a hipótese formulada, este estudo tem como objetivo principal validar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

Na ótica da autora, este estudo é relevante pelos seguintes aspectos:

- Apresentação à Ciência da Enfermagem de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem válida.

- Necessidade urgente de o enfermeiro conhecer e levantar os fatores de risco para aspiração com vistas à identificação da situação e possível prevenção.
- Importância da prevenção da aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral, em virtude das sérias consequências para eles e para as instituições de saúde.

Em suma, o processo de validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração tem como intuito primordial proporcionar uma melhor compreensão desta resposta humana, aumentar a validade deste diagnóstico na Taxonomia II da NANDA-I e fornecer ferramentas ao enfermeiro na avaliação dos pacientes com acidente vascular cerebral em situação de risco de aspiração.

A tese encontra-se dividida em três capítulos: Análise de Conceito, Validação por Especialistas e Validação Clínica. Cada um contém objetivos, materiais e métodos, resultados e discussão.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

- Validar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração para pacientes com acidente vascular cerebral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Como modelo metodológico para orientar a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, adotou-se o modelo de validação proposto por Hoskins (1989). Em algumas partes do estudo, também foram utilizados os detalhes metodológicos pertencentes às proposições de Fehring (1994).

Destaca-se que, atualmente, as pesquisas brasileiras sobre validação dos diagnósticos de enfermagem adotam estes dois métodos de validação de forma conjugada (CHAVES, 2008; MELO, 2004; PILEGGI, 2007).

3.1 O Modelo de Validação de Hoskins (1989)

O modelo de Hoskins é composto por três etapas: a) Análise do conceito; b) Validação por especialistas; c) Validação clínica

3.1.1 Análise do conceito

É a etapa do processo de validação de um diagnóstico de enfermagem, utilizada para determinar os atributos característicos de um determinado conceito (HOSKINS, 1989). A análise do conceito engloba a revisão da literatura e a construção do conhecimento, a qual permite o desenvolvimento de um modelo teórico para explicar a presença de certas características mediante a ocorrência de determinado fenômeno (HOSKINS, 1989).

Além da ampla revisão da literatura, a autora também sugere o uso do Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2005). Assim, este estudo utilizou para a revisão da literatura os passos da Revisão Integrativa da Literatura proposto por Whittemore e Knafl (2005) e as etapas do modelo de Walker e Avant (2005) para a análise do conceito, Ambos discutidos adiante.

O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant possui uma abordagem filosófica evolucionária, na qual o conceito é considerado uma abstração, expresso de alguma forma. O conceito é formado pela identificação de características comuns para uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração e junção destas características em algum meio de expressão. A abordagem evolucionária defende também que os conceitos são constantemente reestruturados por meio das experiências cotidianas e dos conhecimentos adquiridos (RODGERS; KNAFL, 2000).

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).

Walker e Avant (2005) afirmam que a análise do conceito é um processo de investigação dos elementos básicos do conceito. Ou seja, é o exame cuidadoso e a descrição do seu termo e uso, clarificando os símbolos utilizados na comunicação.

O Modelo de Análise de Conceito, proposto por Walker e Avant (2005), é composto por oito etapas: 1) seleção do conceito; 2) determinação dos objetivos da análise conceitual; 3) identificação dos possíveis usos do conceito; 4) determinação dos atributos críticos ou essenciais; 5) construção de um caso modelo; 6) construção de casos adicionais: um caso limite, um relacionado, um contrário, um inventado e um ilegítimo; 7) identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; 8) definição das referências empíricas.

A seguir, cada etapa do Modelo de Análise de Conceito é explanada:

1) Seleção do conceito: deve ser procedido com cuidado e geralmente deve refletir um tópico ou uma área de interesse para o pesquisador.

2) Determinação dos objetivos da análise conceitual: esta etapa responde à seguinte pergunta: por que estou fazendo esta análise conceitual? Ou seja, refere-se à finalidade da análise conceitual, como: o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa acurados; desenvolvimento e aprimoramento dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções e dos resultados; esclarecimento de conceitos vagos e imprecisos utilizados na assistência.

3) Identificação dos possíveis usos do conceito: trata-se de uma busca ampliada da literatura para identificar todos os possíveis usos do conceito. Após a identificação dos usos do conceito, é importante decidir quais aspectos serão considerados.

4) Determinação dos atributos críticos ou essenciais: é a parte principal da análise do conceito. Ou seja, são palavras ou termos que demonstram a essência do conceito, as características que lhe são atribuídas e as ideias transmitidas pelo conceito.

5) Construção de um caso modelo: é um exemplo do uso do conceito que apresenta todos os seus atributos críticos.

6) Construção de casos adicionais: são exemplos de casos (limites, relacionados, contrários, inventados, ilegítimos) que ajudam o pesquisador a clarificar o conceito analisado. As autoras recomendam a utilização desta etapa apenas se o conceito não estiver claro no caso modelo.

7) Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito: os antecedentes são os eventos ou situações que são necessários para a ocorrência do conceito e os consequentes, por sua vez, são eventos ou situações que surgem ou resultam da presença do conceito.

8) Definição das referências empíricas: é a etapa final da análise conceitual e se propõe a definir como o conceito é mensurado. As referências empíricas são importantes para o desenvolvimento de instrumentos acurados, contribuem para a validação de conteúdo e de constructo de um novo instrumento e auxiliam o profissional de saúde na observação do fenômeno na prática assistencial.

As autoras apresentam os benefícios da análise do conceito entre os quais se destacam a construção de instrumentos acurados e o desenvolvimento dos conceitos dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções e dos resultados. Além disso, ressaltam que algumas etapas do Modelo de Análise de Conceito coincidem com componentes dos diagnósticos de enfermagem: definição dos antecedentes (fatores relacionados/fatores de risco) e atributos críticos (características definidoras/sinais e sintomas) (WALKER; AVANT, 2005).

Conforme recomendações de Hoskins (1989) e Walker e Avant (2005), foram adotados para a busca na literatura os passos da Revisão Integrativa da Literatura.

- **A Revisão Integrativa da Literatura**

Os métodos para conduzir as revisões da literatura sobre o cuidado em saúde têm sido descritos desde a década de 1970, no esforço de sintetizar os achados de estudos primários e melhorar a generalização dos resultados sobre determinado fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Entre os métodos de revisão de literatura, destacam-se:

a) Revisão sistemática – estudos de revisão de pesquisas, os quais combinam evidências sobre um problema clínico específico. As revisões sistemáticas enfocam primordialmente estudos experimentais, mais comumente estudos randomizados controlados. A finalidade principal desta revisão é a avaliação da eficácia de um tratamento ou uma intervenção (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Destaca-se que a meta-análise é 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);

b) Revisão narrativa: ampla apresentação e discussão do tema investigado, restringindo-se a estudos de relevância para o pesquisador, porém fornecem um arcabouço teórico para a pesquisa (BEYEA; NICOLL, 1998);

c) Revisão Integrativa da Literatura: possui a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema ou questão, de forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Consoante afirmam Kirkevold (1997) e Whitemore e Knafl (2005), a Revisão Integrativa da Literatura é o método mais amplo de revisão, pois inclui simultaneamente pesquisas experimentais e não experimentais, possibilitando uma compreensão ampla do fenômeno. Ademais, os autores defendem que este método é útil para a definição de conceitos, revisão de teorias, revisão de evidências e análise metodológica sobre um tema particular.

Por conseguinte, vários pesquisadores recomendam na etapa de validação Análise do Conceito, a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

As etapas da revisão integrativa da literatura, adotadas neste estudo, são as descritas por Whitemore e Knafl (2005) e apresentadas a seguir (Figura 1). Vale

ressaltar que a escolha destes autores ocorreu em virtude da atualidade de seu trabalho e da apresentação de um detalhamento metodológico de cada etapa.

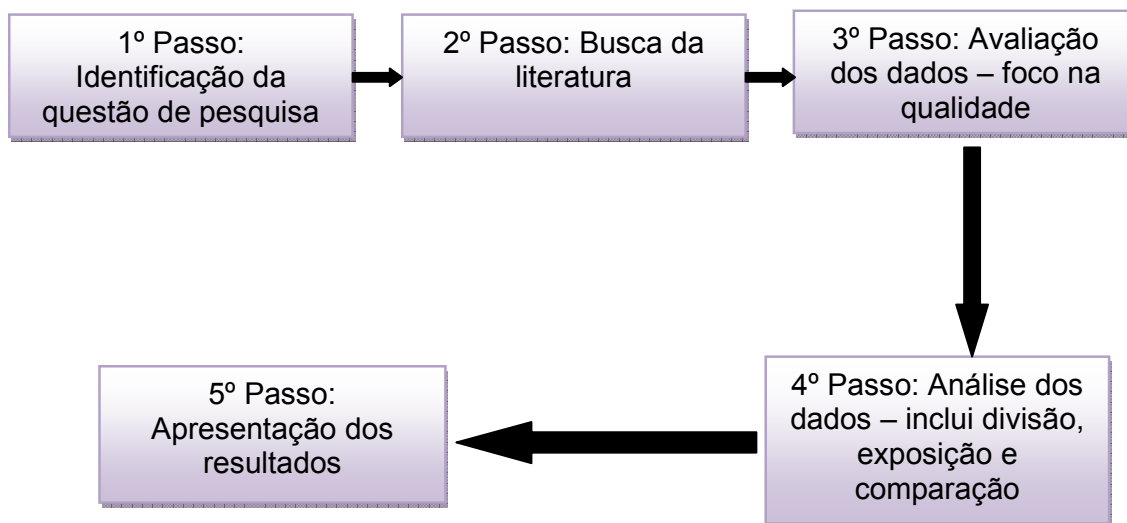


Figura 1 - Componentes da revisão integrativa da literatura, descritas por Whittemore e Knafl (2005).

Em relação ao primeiro passo, os autores recomendam que a questão de pesquisa e o objetivo da revisão estejam bem definidos, pois facilitarão a execução das demais etapas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A etapa de busca da literatura inclui um amplo levantamento de estudos sobre o problema ou o tópico de interesse. As bases de dados computadorizadas são eficientes e efetivas, entretanto, possuem limitações em relação à inconsistência dos descritores e aos problemas de indexação. Ademais, Whittemore e Knafl (2005) alertam para o fato de o pesquisador evidenciar claramente em sua metodologia as palavras usadas para a busca, as bases de dados consultadas, os recursos de pesquisas adicionais e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

No tocante ao terceiro passo, há necessidade de uma avaliação criteriosa dos estudos levantados, pois existe uma diversidade metodológica. Por isso, os autores sugerem o emprego de escalas ou critérios de avaliação da qualidade metodológica dos estudos levantados, assim como o uso de modelos de análise de conceito, incluindo o de Walker e Avant.

A etapa de análise dos dados está subdividida em três fases:

a) divisão dos dados – separar os estudos levantados por subgrupos de classificação, seja esta por método de pesquisa, cronologia, local, características amostrais e classificação conceitual pré-determinada;

b) exposição dos dados – os resultados poderão ser apresentados em forma de gráficos, diagramas, matrizes, tabelas. O importante é a visualização dos padrões e das relações estabelecidas na interpretação dos dados;

c) comparação dos dados – a realização de confrontos entre os vários estudos levantados, com vistas a identificar padrões, temas e relações sobre o tema da pesquisa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Por último, a etapa de apresentação dos dados coincide com a fase de exposição dos dados. Todavia, os autores ressaltam que devem estar descritas as contribuições para a construção de um novo conhecimento, as implicações para a prática e as limitações metodológicas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Assim, por considerar que os métodos de Análise do Conceito, propostos por Walker e Avant (2005), e de Revisão Integrativa da Literatura, definida por Whitemore e Knafl (2005), poderiam contribuir, substancialmente, para a execução da primeira etapa de validação (Análise do Conceito) do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, este estudo os adotou.

3.1.2 Validação por especialistas

É a segunda fase do processo de validação do diagnóstico de enfermagem e ocorre após a elaboração da lista de características definidoras/fatores de risco na etapa de Análise do Conceito. É caracterizada pela obtenção das opiniões de especialistas sobre a lista elaborada, isto é, se esta na fase anterior encontra-se completa e representa o conceito diagnóstico (HOSKINS, 1989).

Portanto, esta etapa do modelo de validação tem por finalidade estabelecer quais características definidoras/fatores de risco, geradas na primeira etapa, representarão o conceito e quais serão excluídas. Assim, a lista de características definidoras/fatores de risco é revisada por peritos, os quais atribuirão um valor a cada uma, indicando a sua pertinência ao diagnóstico (HOSKINS, 1989).

O autor ainda sugere a utilização do cálculo de média ponderal, proposto por Fehring (1987), para determinar o grau em que cada característica definidora/fator de risco é indicativa do diagnóstico de enfermagem estudado (HOSKINS, 1989). Além disso, ao analisar o modelo de Hoskins, também se deparou com a ausência de definição e procedimentos de escolha dos especialistas. Assim, para escolha dos especialistas, este estudo utilizou as recomendações de Fehring (1994).

Para Fehring (1987), além da elaboração da lista de características definidoras/fatores de risco, também é necessária a elaboração de definições operacionais de cada característica definidora/fator de risco levantado. A avaliação por peritos, ou seja, um grupo de especialistas/*experts* no diagnóstico em estudo, indicará o quanto cada característica definidora ou fator de risco é pertinente ao diagnóstico em estudo. Assim, Fehring (1987) sugere a utilização de uma escala de cinco pontos, em que característica:

- 1) não é indicativa do diagnóstico;
- 2) é muito pouco indicativa;
- 3) de algum modo indicativa;
- 4) consideravelmente indicativa;
- 5) muitíssimo indicativa.

Ademais, para cada alternativa foi atribuído um peso, sendo respectivamente: 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75 e 5=1. A partir dos pesos atribuídos às respostas dos especialistas foi calculada uma média ponderal de cada característica definidora/fator de risco, classificando-os, conforme o escore. As características definidoras/fatores de risco com o escore maior ou igual a 0,80 foram classificadas como maiores e as menores que 0,80 e maiores que 0,50 como menores. Importa destacar que os termos maiores e menores foram substituídos pela Taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2010) como características principais e secundárias, respectivamente.

Por fim, Fehring (1987) propõe para esta etapa o cálculo do escore total do diagnóstico (DCV total), o qual consiste na somatória das médias ponderadas de todas as características definidoras/fatores de risco, exceto aquelas que obtiveram um escore menor que 0,50. O autor considera adequado que o diagnóstico analisado obtenha o DCV total acima de 0,60.

Uma das dificuldades levantadas por vários autores é a respeito da obtenção de enfermeiros especialistas no diagnóstico de enfermagem que está sendo analisado (FEHRING, 1987; GALDEANO; ROSSI, 2006; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Por isso, Fehring (1994) levanta alguns critérios para identificar os enfermeiros especialistas, conforme apresentado adiante.

Quadro 1 – Critérios para a seleção de especialistas proposto por Fehring (1994).

Critérios	Pontuação
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo	1
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	2
Artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e com conteúdo relevante à área em foco	2
Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem	2
Experiência clínica de pelo menos 1 ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificado de prática clínica relevante à área do diagnóstico em estudo	2

Ainda, segundo Fehring (1994), não basta o perito possuir titulação, é necessário que também tenha o conhecimento sobre o diagnóstico de enfermagem em estudo, em área relevante ou relacionada ao mesmo, obtido por meio de experiência clínica, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações relacionadas aos diagnósticos de enfermagem. Assim, a classificação proposta por Fehring (1994) aduz que para ser especialista, o indivíduo deverá obter uma pontuação mínima de cinco pontos. Sobre o tamanho da amostra dos especialistas, Hoskins (1989) não o menciona, mas Fehring (1986) recomenda a seleção de uma amostra de 25 a 50 especialistas para realizar a Validação por Especialistas.

3.1.3 Validação clínica

Esta é a última etapa do processo de validação de um diagnóstico de enfermagem e consiste em investigar, em um ambiente clínico real, a existência das características definidoras/fatores de risco desenvolvidos nas etapas de Análise do Conceito e da Validação por Especialistas (HOSKINS, 1989).

De acordo com Hoskins (1989), esta etapa acontece por meio da observação direta do paciente que possivelmente apresente o diagnóstico de enfermagem em análise. Ainda sugere que a Validação Clínica deve ser desenvolvida por, pelo menos, dois enfermeiros especialistas em diagnósticos de enfermagem, os quais identificarão a presença de cada característica/fator de risco por meio da coleta e análise dos dados, de forma independente. Em seguida, é calculado o índice de concordância entre os enfermeiros especialistas e a frequência de ocorrência de cada característica definidora/fator de risco.

Hoskins (1989) também adota para a análise desta etapa os escores atribuídos por Fehring (1987), para classificar em características/fatores de risco principais ou secundários.

4 ANÁLISE DE CONCEITO

4.1 Objetivo específico da análise de conceito

- Apresentar o conhecimento produzido sobre aspiração respiratória e os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

4.2 Materiais e métodos da análise de conceito

Como explicitado no Referencial Teórico Metodológico, foi utilizado como modelo metodológico para validar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração o modelo de Hoskins (1989) e em alguns pontos da pesquisa quando houve necessidade, foram acrescentados os detalhes metodológicos sugeridos por Fehring (1994).

Quanto ao tipo de estudo, esta pesquisa classifica-se como metodológica. Para Polit, Beck e Hungler (2004), esse tipo de pesquisa é adequado à verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, com vistas a elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas para a pesquisa ou para a prática clínica.

Para auxiliar a execução da etapa de Análise de Conceito, foram adotados os métodos de Revisão Integrativa da Literatura (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) e o Modelo de Análise de Conceito, proposto por Walker e Avant (2005).

É oportuno destacar que antes da execução da Revisão Integrativa da Literatura, foi construído um protocolo de revisão, contendo tema da revisão, objetivo, questões norteadoras, estratégias de busca, bases de dados selecionadas, descritores adotados na busca, critérios de inclusão e de exclusão, avaliação da qualidade metodológica dos estudos e estratégia para síntese e apresentação dos dados. Tal documento encontra-se disponível no Apêndice A.

4.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

- **Identificação da questão de pesquisa e do objetivo da revisão**

Realizou-se busca sobre o conceito de interesse: a aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. A partir do conceito de interesse estabelecido, definiu-se o tema da revisão integrativa como aspiração respiratória e fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Então, com vistas a contemplar esse tema, determinou-se o objetivo da revisão integrativa da literatura, como: apresentar o conhecimento produzido sobre aspiração respiratória e os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. As questões de pesquisa estabelecidas foram: qual a definição de aspiração respiratória e risco de aspiração respiratória? Quais os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral? Como os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral são definidos e mensurados?

É válido destacar que o diagnóstico de enfermagem é Risco de aspiração, mas ao ler-se a definição conceitual apresentada pela Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010), o conceito está vinculado somente à aspiração respiratória. Por isso, utilizou-se o termo aspiração respiratória.

- **Busca na literatura**

As bases de dados selecionadas para a realização da busca bibliográfica foram:

- **Base de dados 1** – *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (Lilacs)*, acessada pelo portal da Biblioteca Virtual de Saúde.
- **Base de dados 2** – *Pubmed*: serviço da U.S. National Library of Medicine, contém a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, acessada diretamente pelo portal da *Pubmed*.
- **Base de dados 3** – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl)*, acessada pelo portal *EBSCOhost*.
- **Base de dados 4** – *Scopus*: uma das maiores fontes de base de dados de pesquisas de enfermagem e acessada pelo portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
- **Base de dados 5** – *Cochrane*: uma das fontes mais acessíveis de revisões sistemáticas e também um extenso banco de dados de ensaios clínicos. Esta base de dados foi acessada por meio do portal da Biblioteca Virtual de Saúde.

Com a utilização dessas diversas bases de dados, intencionou-se ampliar o âmbito da pesquisa e dessa forma minimizar possíveis vieses. Para o levantamento dos estudos contidos nestas bases de dados, realizou-se, inicialmente, a identificação dos respectivos descritores de cada base.

No tocante à base de dados *Pubmed* e *Cinahl*, utilizou-se a terminologia preconizada, o vocabulário *MeSH - Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine* em língua inglesa. Os descritores controlados utilizados foram *Respiratory Aspiration* e *Stroke*.

Para as demais bases de dados, adotou-se o vocabulário estruturado DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. O DeCS é um vocabulário controlado da área de ciências da saúde, utilizado para representar os assuntos dos documentos e para recuperar os mesmos. O DeCS é uma adaptação e ampliação do *MeSH*, está disponível em três idiomas: português, espanhol e inglês e contém descritores distribuídos e organizados em categorias. Vale salientar que na base de dados *Lilacs*, o termo utilizado para a busca dos estudos é o próprio descritor e nas outras bases de dados (*Scopus* e *Cochrane*) os descritores são conhecidos como palavras-chave ou termos (BVS, 2007).

Assim, os descritores utilizados para a busca nas bases de dados *Lilacs*, *Scopus* e *Cochrane* foram: *Aspiração Respiratória*, *Respiratory Aspiration* e *Aspiración Respiratória and Acidente Cerebral Vascular*, *Acidente Cerebrovascular* e *Stroke*.

Os critérios de inclusão estabelecidos para os estudos foram os seguintes: a) disponíveis eletronicamente; b) disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; c) completos que abordassem a aspiração respiratória ou os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Como critérios de exclusão foram adotados: a) estudos em formatos de Editoriais; b) estudos em formato de Cartas ao editor.

A busca bibliográfica ocorreu entre abril e maio de 2010 e cada base de dados acessada foi esgotada em um único dia, com gravação da página de busca. A seleção dos estudos foi realizada nos dias subsequentes.

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, era acessado o texto

completo e realizada leitura flutuante para empregar adequadamente os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Ademais, aqueles estudos não disponíveis nas bases de dados eram buscados no portal Capes e no Google.

Após a busca bibliográfica, os estudos levantados inicialmente nas bases de dados, foram lidos para que o pesquisador aplicasse, em sua totalidade, os critérios de seleção. Esta etapa aconteceu de julho a outubro de 2010.

A seguir, apresentam-se cinco diagramas que representam todo o processo de busca bibliográfica desenvolvido nesta pesquisa.

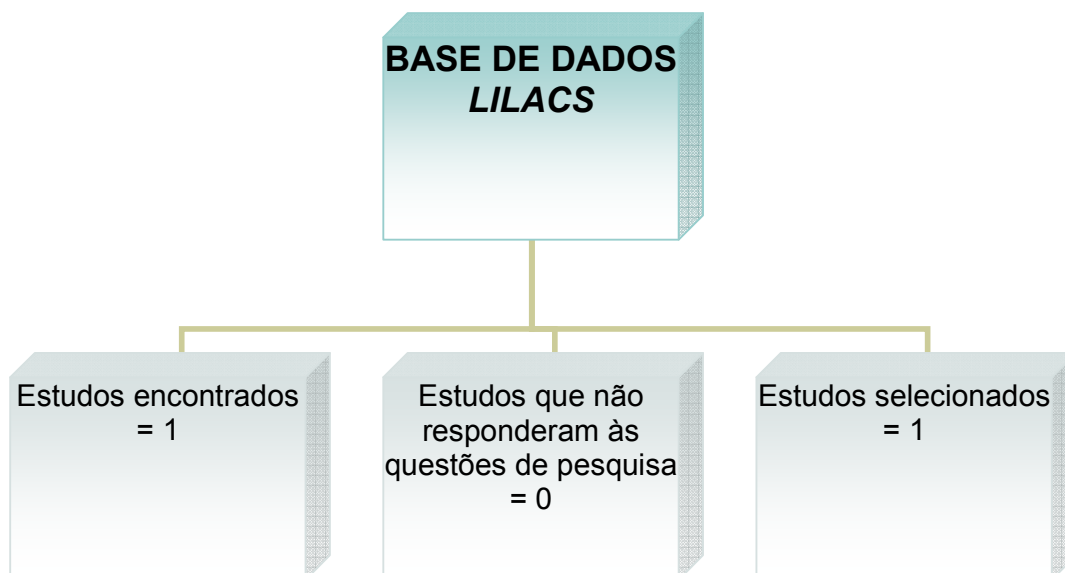


Diagrama 1 – Processo de seleção da base de dados *LILACS*.

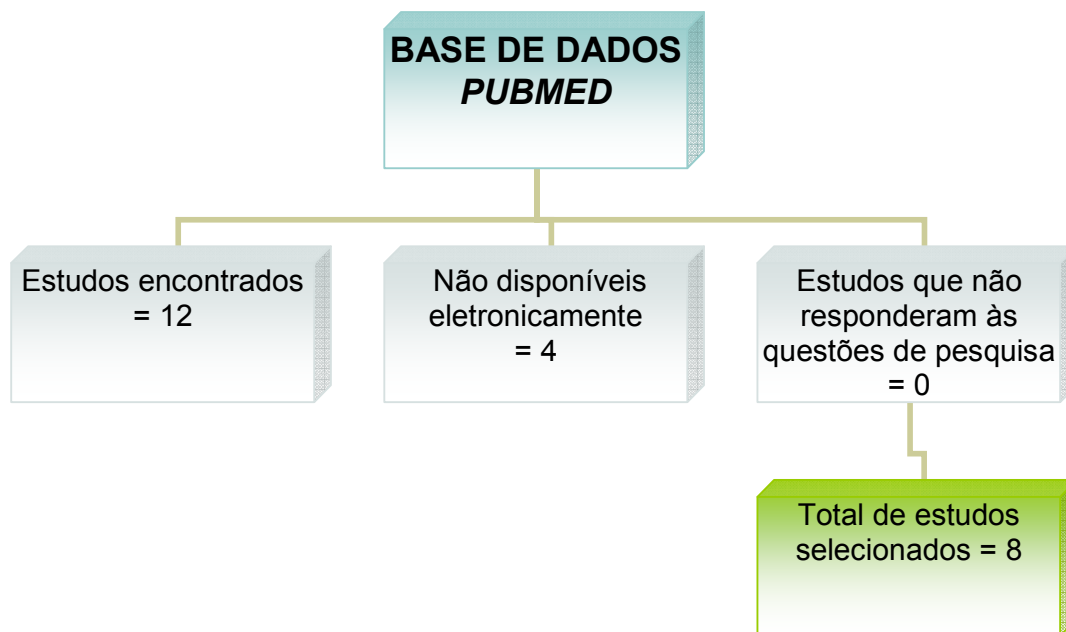


Diagrama 2 – Processo de seleção da base de dados *PUBMED*.

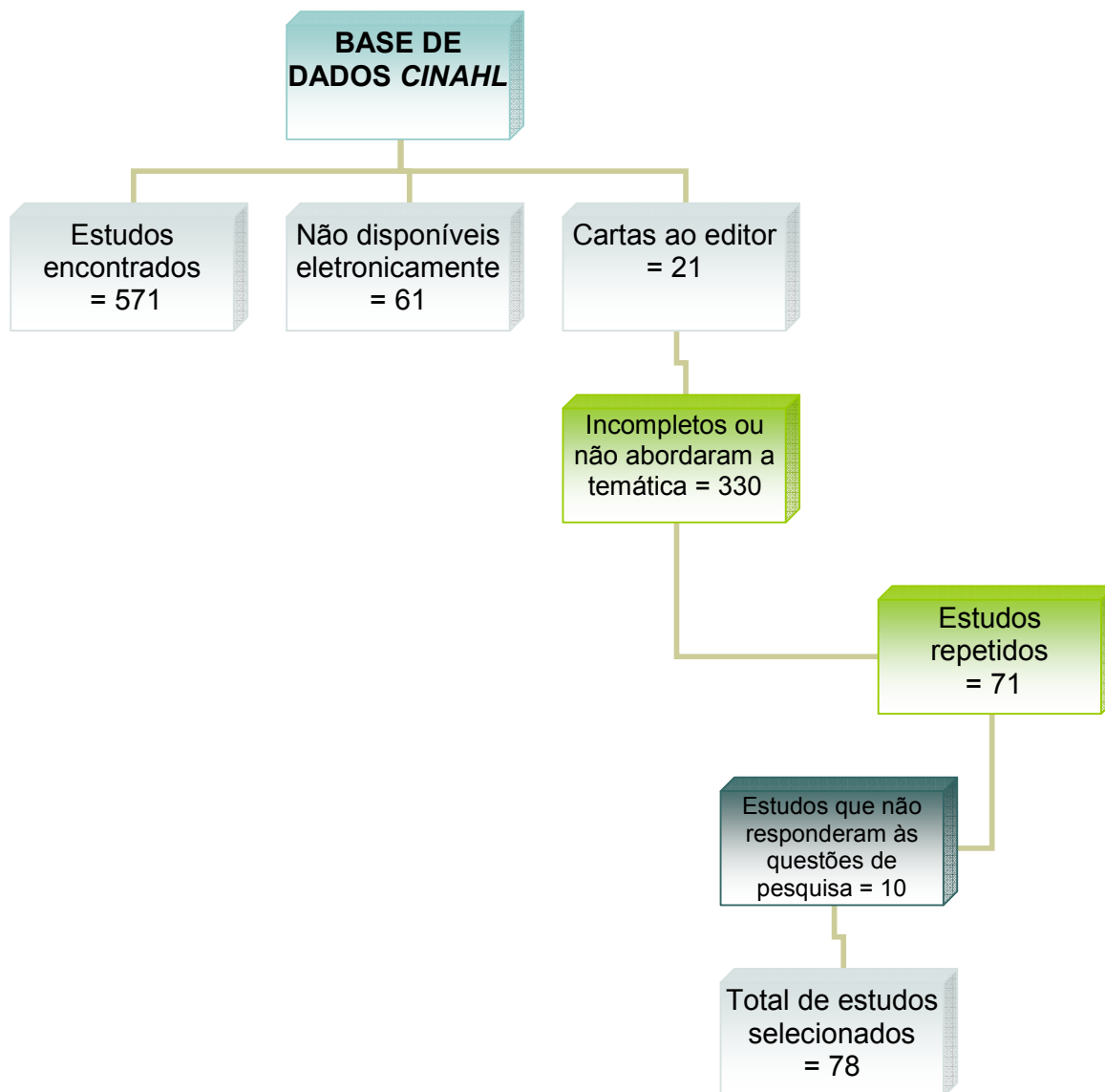


Diagrama 3 – Processo de seleção da base de dados *CINAHL*

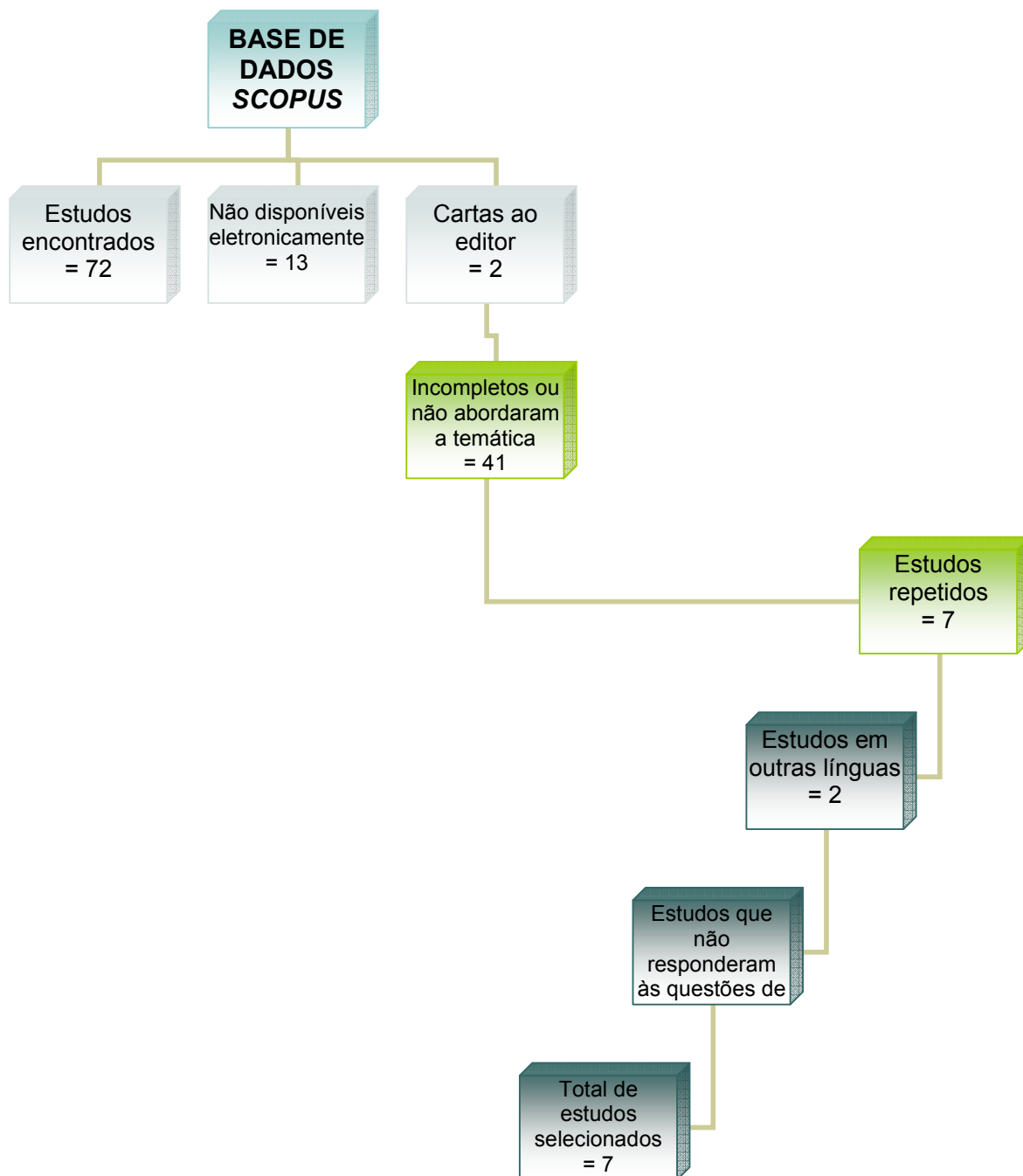


Diagrama 4 – Processo de seleção da base de dados *SCOPUS*.

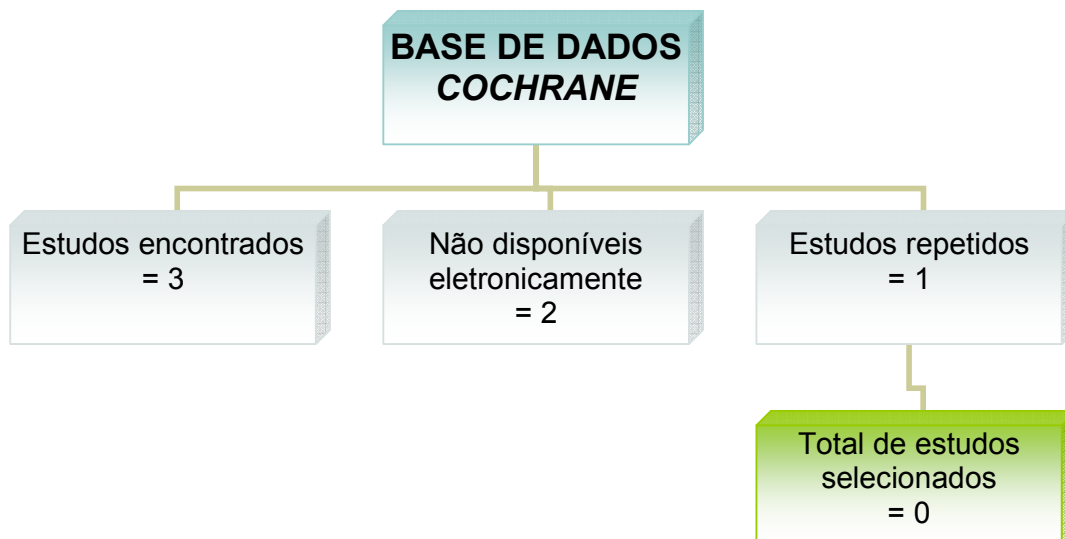


Diagrama 5 – Processo de seleção da base de dados *COCHRANE*.

Após o procedimento de busca bibliográfica, selecionou-se um total de 94 publicações, perfazendo a amostra final dos estudos incluídos na análise do conceito de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

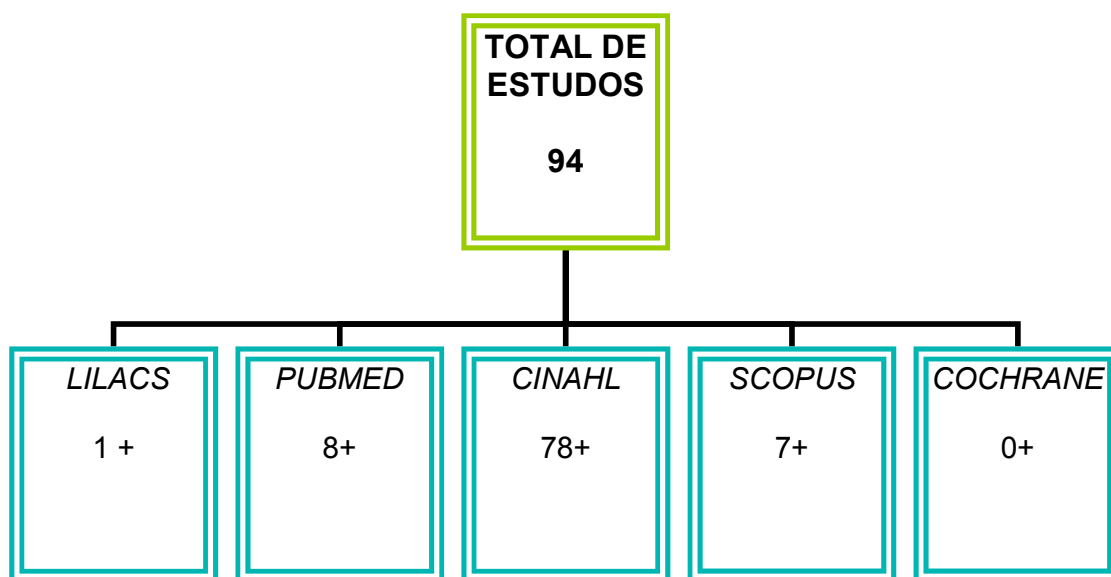



Diagrama 6 – Total de estudos selecionados para a Análise do Conceito.

- **Avaliação dos dados – foco na qualidade metodológica**

A avaliação dos estudos selecionados foi realizada em novembro de 2010, utilizando a classificação proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005), os quais classificam os estudos segundo as forças de evidências.

Quadro 2 - Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos, proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005).

Nível de evidência	Força de evidência
<p>Nível 1: evidências são provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;</p>	<p data-bbox="1089 785 1240 814">Mais fortes</p>  <p data-bbox="1065 1713 1240 1743">Menos fortes</p>
<p>Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;</p>	
<p>Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;</p>	
<p>Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;</p>	
<p>Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;</p>	
<p>Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;</p>	
<p>Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.</p>	

- **Análise dos dados – divisão, exposição e comparação e apresentação dos dados**

Como as etapas 4 e 5 da Revisão Integrativa da Literatura são semelhantes, estas encontram-se apresentadas em única seção. Todos os estudos selecionados foram sintetizados segundo algumas características: nome do autor (es), ano de publicação, objetivos, metodologia empregada, resultados obtidos e conclusão, de acordo com instrumento utilizado por Chaves (2008) (ANEXO A).

Ademais, como a Revisão Integrativa da Literatura foi empregada como um instrumento metodológico para a análise do conceito proposta por Walker e Avant (2005), foram selecionados, durante a leitura minuciosa, os trechos relacionados à definição de aspiração respiratória, os antecedentes da aspiração respiratória, os consequentes da aspiração respiratória e as definições conceituais e as referências empíricas de cada fator de risco levantado.

Os dados estão expostos em forma de tabelas e quadros, e comparados de acordo com a literatura pertinente.

4.2.2 Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant (2005)

Primeiramente, é imperioso destacar que algumas etapas do Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant (2005) são equivalentes e ocorreram de forma paralela com as etapas da Revisão Integrativa da Literatura, a saber: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual e identificação dos possíveis usos do conceito.

Como explicitado na etapa de Análise de dados da Revisão Integrativa da Literatura, os 94 estudos que cumpriram os critérios de inclusão, lidos de maneira profunda e detalhada, com vistas a identificar os atributos críticos do conceito de aspiração respiratória, os antecedentes e consequentes da aspiração respiratória e a definição das referências empíricas de cada fator de risco encontrado.

Além disso, para uma melhor compreensão do conceito de aspiração respiratória foi também desenvolvido um caso modelo e desenvolvidos casos adicionais, segundo recomendações de Walker e Avant (2005).

Após o término da Análise do Conceito, foi construído um instrumento com o título diagnóstico, a definição do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e os fatores de risco deste diagnóstico com as respectivas definições conceituais e referências empíricas. O referido instrumento encontra-se explicado de forma mais detalhada na etapa de Validação por Especialistas.

4.3 Resultados e discussões da análise conceitual

Adiante, abordam-se a caracterização e a qualidade metodológica dos estudos selecionados.

4.3.1 Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica

Conforme referido, foram selecionados 94 estudos que subsidiaram a análise do conceito de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Nas Tabelas subsequentes encontram-se a caracterização destes estudos.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos, segundo o delineamento e a força de evidência estabelecida por Melnyk, Fineout-Overholt (2005). Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Tipo de estudo	Nível de Evidência	Frequência	%
Revisão sistemática/Metanálise	I	3	3,2
Ensaio Clínico randomizado bem delineado	II	3	3,2
Ensaio Clínico bem delineado sem randomização	III	1	1,1
Estudos de coorte ou caso-controle bem delineados	IV	16	17
Revisão de estudos descritivos ou qualitativos	V	-	-
Estudo descritivo ou qualitativo	VI	48	51
Opinião de autoridades/Relatório de Comitê de Especialistas	VII	23	24,5

Conforme demonstrado na Tabela 1, entre os estudos avaliados, destacaram-se as pesquisas descritivas ou qualitativas (51%), os relatórios de

comitê de especialistas (24,5%) e os estudos de coorte ou caso-controle bem delineados (17%).

No tocante aos níveis de evidência, a maioria das publicações analisadas possuía delineamentos tipicamente descritivos, relativos aos níveis VI e VII e, por isso, não representa evidência clínica forte.

A enfermagem baseada em evidências envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes baseada no consenso das evidências mais relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados, respondendo às preferências do cliente e expectativas da sociedade (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Assim, ao considerar o nível de evidência um fundamento para a abordagem do cuidado clínico, os resultados encontrados confirmam a necessidade de melhoria no nível das pesquisas (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; VITOR, 2010), notadamente sobre a temática em estudo.

Todavia, é importante considerar que as publicações com níveis de evidência mais baixos forneceram elementos conceituais importantes para a análise da aspiração respiratória e dos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral e, por isso, foram adotadas.

Tabela 2- Distribuição dos estudos, conforme país do estudo, ano de publicação, área profissional, cenário e temática do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Variáveis	Frequência	%
País do estudo		
Estados Unidos da América	34	36,1
Inglaterra	24	25,5
Canadá	6	6,4
China	5	5,3
Coreia	5	5,3
Alemanha	4	4,2
Japão	4	4,2
Brasil	3	3,2
Itália	3	3,2

Áustria	1	1,1
Cingapura	1	1,1
França	1	1,1
Noruega	1	1,1
Suécia	1	1,1
Túquia	1	1,1
Ano de publicação		
2010	3	3,2
2009	8	8,5
2008	9	9,5
2007	8	8,5
2006	12	12,8
Anteriores a 2006	54	57,5
Área profissional		
Medicina	51	54,2
Multiprofissional	19	20,2
Enfermagem	12	12,8
Não informado	11	11,7
Fonoaudiologia	1	1,1
Cenário do estudo		
Hospital	59	62,8
Não se aplica	28	29,7
Unidade de reabilitação	6	6,4
Não informado	1	1,1
Temática do estudo		
Avaliação de fator de risco para aspiração respiratória	36	38,9
Complicações após o acidente vascular cerebral	31	32,3
Tratamento	15	16
Avaliação de procedimentos diagnósticos da aspiração respiratória	12	12,8

De acordo com os dados da Tabela 2, a maioria dos estudos foi desenvolvida nos Estados Unidos da América (36,1%) e na Inglaterra (25,5%). Praticamente, os estudos sobre aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral foram realizados em quase todos os continentes, excluindo apenas a Oceania e a região da América Central.

Ressalta-se a baixa prevalência de estudos realizados no Brasil (3,2%), indicando a necessidade de produções brasileiras sobre o tema, considerando a importância epidemiológica da doença vascular cerebral e de suas complicações no país.

Em relação ao ano de publicação, observou-se um decréscimo progressivo na produção científica neste âmbito, tendo as publicações anteriores ao ano de 2006, a maior prevalência (57,5%). Grande parte dos estudos foi realizada pela Medicina (54,2%), seguidos da área Multiprofissional (20,2%), a qual é composta por médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos e da Enfermagem (12,8%).

Entre os estudos da área da Enfermagem, a maioria era descritiva e as pesquisas desenvolvidas pela enfermeira Morris (2006, 2008) contribuíram consideravelmente para a compreensão dos fatores de risco para aspiração apresentados pelos pacientes com acidente vascular cerebral.

Com relação ao cenário do estudo, nos artigos de pesquisa, a maioria foi realizada em hospitais (62,8%), destacando que este tema vem sendo mais abordado no contexto hospitalar em detrimento do domicílio. Ressalta-se que a aspiração respiratória, apesar de ocorrer com mais predominância na fase aguda do acidente vascular cerebral, pode acontecer também na fase de reabilitação. Assim, esforços são encorajados para que enfermeiros realizem pesquisas nesta área abordando também o contexto domiciliar.

Quanto à temática, a avaliação (referências empíricas) dos fatores de risco para a ocorrência da aspiração respiratória foi abordada por grande parte dos estudos analisados (38,9%), seguidos da descrição das complicações após o acidente vascular cerebral (32,3%). O fator de risco mais abordado pelos estudos foi a disfagia e a complicação mais descrita foi a pneumonia, conforme explicitado mais adiante.

4.3.2 Análise e apresentação dos dados

- **Identificação dos possíveis usos do conceito**

A palavra aspiração advém do verbo aspirar e possui vários significados: sorver, absorver, chupar, cheirar, ter desejo veemente ou pretensão (DICIONÁRIO, 2010).

Segundo Michaelis (2010), o termo aspiração tem os seguintes significados: ação de aspirar, sucção, inalação, inspiração, desejo veemente. Assim, em virtude dos diversos significados atribuídos à palavra aspiração, a análise do conceito que foi realizada está relacionada somente à ação de aspirar para os pulmões – aspiração respiratória.

- **Atributos críticos do conceito de aspiração respiratória**

Entre as 94 publicações analisadas, 14 (14,8%) apresentaram o conceito de aspiração respiratória. Assim, para iniciar a análise do conceito de aspiração respiratória, apresentam-se primeiramente as definições encontradas na literatura para o termo aspiração respiratória.

Quadro 3 – Definições encontradas na literatura para o conceito de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Conceito de Aspiração Respiratória	Referência	Base
"{...} o bolus subsequentemente entra na via aérea abaixo do nível das cordas vocais e o alimento frequentemente penetra nos pulmões".	SANTAMATO, A.; PANZA, F.; SOLFRIZZI, V.; RUSSO, A.; MEGNA, M.; RANIERI, M.; FIORE, P. Acoustic Analysis of Swallowing sounds: a new technique for assessing dysphagia. J Rehabil Med. , v. 41, p. 639-645, 2009.	PUBMED
"Passagem de material para a laringe abaixo das cordas vocais, especialmente fluidos".	FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases , v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009. SMITH, H. A.; LEE, S. H.; O'NEILL, P. A.; CONNOLY, M. J. The combination of bedside	SCOPUS

	swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. Age and Aging , v. 29, p. 495-499, 2000.	CINAHL
	TEASELL, R. W.; MCRAE, M.; HEITZNER, J.; BHARDWAJ, A.; FINESTONE, H. Frequency of videofluoroscopic modified barium swallow studies and pneumonia in stroke rehabilitation patients: a comparative study. Arch Phys Med Rehabil , v. 80, 1999	CINAHL
“Invasão traqueal de material estranho ou saliva abaixo das cordas vocais”.	KIM, H.; KIM, Y, B.; LEE, K. H.; CHUNG, C. S.; ROBBINS, J. A. Dysphagia characterized by aspiration subsequent to pontine stroke. Journal of Medical Speech- Language Pathology , v. 15, n. 2, 2007.	CINAHL
“A entrada de alimentos, fluidos ou secreções abaixo do nível da rima glótica”.	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. RODRIGUEZ, M. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke. Arch Phys Med Rehabil , v. 80, 1999.	CINAHL
“Passagem de alimentos ou fluidos abaixo das cordas vocais para as vias aéreas”.	RAMSEY, M. A.; SMITHARD, D.; KALRA, L. Silent aspiration: what do we know? Dysphagia , v. 20, p. 218-225, 2005.	CINAHL
“{...} alimentos ou fluidos passam através das cordas vocais”.	NAZARKO, L. Swallowing difficulties in stroke patients. Nursing & Residential Care , v. 9, n. 2, 2007.	CINAHL
	PALMER, J. B.; DRENNAN, J. C. Evaluation and treatment of swallowing impairments. American Family Physician , v. 61, n. 8, p. 2453-62, 2000.	CINAHL
“{...} material se move abaixo das cordas vocais e entra na traquéia”.	HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B. Cough and Aspiration of food and liquids due to Oral-Pharyngeal Dysphagia. Chest , v. 129, n. 1, suplemento, 2006.	CINAHL
“Penetração de material para a laringe e entrada deste para as vias aéreas, abaixo das cordas vocais”.	SMITHARD. Dysphagia following stroke. Reviews in Clinical Gerontology , v. 9, p. 81-93, 1999.	CINAHL
“Entrada anormal de material abaixo do nível das cordas vocais”.	SMITH, H. A.; CONNOLLY, M. J. Evaluation and treatment of dysphagia following stroke. Topics in Geriatric Rehabilitation , v. 19, n. 1, p. 43-59, 2003.	CINAHL
“Mal direcionamento de conteúdos orofaríngeos ou gástricos para a laringe e trato respiratório inferior”.	MARIK, P. E.; KAPLAN, D. Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. Chest , v. 124, n. 1, 2003.	CINAHL
“Material orofaríngeo ou gástrico é mal direcionado para o trato respiratório inferior. Alimentos ou líquidos passam abaixo das cordas vocais e entram na traquéia”.	EISENSTADT, E. S. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners , v. 22, p. 17-22, 2010.	CINAHL

Ao analisar este conceito, encontraram-se os seguintes atributos críticos:

- 1) **Movimento:** entrada; passagem; invasão; mau direcionamento; penetração.
- 2) **Objeto:** material; material estranho; bolus; alimentos; fluidos; secreções; saliva; conteúdo orofaríngeo; conteúdo gástrico.

3) Localização Exata: abaixo das cordas vocais; abaixo da rima glótica; laringe; traquéia; vias aéreas; trato respiratório inferior; pulmões.

Para Hammond e Goldstein (2006), os termos penetração e aspiração se diferem, mesmo que frequentemente utilizados na literatura como sinônimos. O conceito de penetração envolve o movimento do objeto para a laringe abaixo do nível das cordas vocais. Já a aspiração ocorre quando este material se movimenta abaixo do nível das cordas vocais e entra na traquéia.

Ou seja, para que haja a aspiração respiratória, é essencial a penetração de algum objeto, o qual pode ser desde um alimento ou líquido proveniente do meio ambiente externo, como do interno (conteúdo gástrico), assim como as secreções corporais, destacando-se a saliva. Segundo Falsetti *et al.* (2009) e Smith *et al.* (2000), entre os objetos que podem entrar nas vias aéreas, ressaltam-se os que estão em estado líquido, também, denominados de fluidos ou secreções.

Diversas publicações expuseram um subconceito de aspiração respiratória – a aspiração silenciosa. Uma revisão narrativa da literatura sobre o conceito de aspiração silenciosa, define-a como a aspiração de um objeto para as vias aéreas sem a presença do mecanismo da tosse ou de qualquer sinal de defesa das vias aéreas (RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2005).

De acordo com estes mesmos autores, o termo aspiração silenciosa provavelmente apareceu pela primeira vez na literatura em 1973, estimando-se uma prevalência deste fenômeno em torno de 30% entre aqueles que sofrem uma aspiração respiratória. Segundo Falsetti *et al.* (2009), a incidência de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral é em torno de 50% e, aproximadamente, metade destes pacientes é acometida pela aspiração silenciosa.

• **Identificação dos consequentes e antecedentes do conceito de aspiração respiratória**

Adiante, expõem-se no Quadro 4 os consequentes da aspiração respiratória encontrados nas publicações selecionadas. Os consequentes encontrados com as suas respectivas referências e bases estão dispostos no Apêndice B.

Quadro 4 – Consequentes da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral encontrados na literatura.

Consequentes da Aspiração Respiratória	Número de Publicações
Pneumonia	44
Aumento da mortalidade	19
Intensificação dos custos/ do tempo de internação	12
Aumento da morbidade	8
Obstrução da via aérea	3
Hipoxemia	2
Embolismo pulmonar	1
Elevação do tempo de uso da alimentação artificial	1

Um total de 60 (63,8%) publicações revelou consequentes da aspiração respiratória, dos quais foram: aumento da morbidade, da mortalidade, dos custos/tempo de internação, pneumonia, obstrução da via aérea, hipoxemia, embolismo pulmonar e elevação do tempo de uso da alimentação artificial. Destaca-se que o consequente mais citado nas publicações foi a pneumonia (67%).

Consoante Palmer, Drennan e Baba (2000), as pessoas que sofrem uma aspiração respiratória possuem o risco aumentado de desenvolvimento de diversas sequelas respiratórias, incluindo a obstrução de via aérea e a pneumonia aspirativa. Alguns fatores influenciam os efeitos da aspiração respiratória, entre eles:

- 1) **quantidade:** a aspiração de grandes quantidades aumenta o risco de sequelas respiratórias;
- 2) **profundidade:** aspiração de objeto na parte distal das vias aéreas é mais perigoso do que o objeto aspirado que se encontra na traquéia;
- 3) **propriedades físicas do objeto aspirado:** sólidos podem causar obstrução fatal das vias aéreas; materiais ácidos são perigosos aos pulmões, em virtude da alta sensibilidade e dos efeitos cáusticos do ácido; aspiração de refluxo gástrico ácido causa uma série de danos ao parênquima pulmonar; aspiração de saliva com microrganismos infecciosos ou da flora normal da boca podem provocar pneumonia bacteriana;
- 4) **mecanismos de limpeza pulmonar:** incluem a ação dos cílios traqueais e da tosse, os quais podem impedir a penetração de um objeto nas vias aéreas.

Taylor (2008) alerta para o fato de que os termos pneumonia e pneumonite são constantemente usados como sinônimos, mas a diferenciação entre

estes termos é importante. A pneumonite é o resultado de uma lesão química aos pulmões, ocasionada pela aspiração respiratória de conteúdos gástricos. Por sua vez, a pneumonia é resultado de uma infecção bacteriana, fúngica ou viral e, em pacientes com acidente vascular cerebral, está associada à penetração de secreções orais, contendo microrganismos patogênicos ou da própria microbiota do paciente.

Ainda nesta esfera, Ramsey, Smithard e Kalra (2005) acrescentam a Síndrome de Mendelson como consequência da pneumonite, caracterizada por insuficiência respiratória aguda e hipóxia. A Síndrome de Mendelson está associada à aspiração de ácido gástrico, independente de processo infeccioso concomitante e a magnitude varia de acordo com o volume e o pH do conteúdo gástrico aspirado (ANDRADE *et al.*, 2005).

Em relação à incidência de pneumonia bacteriana, vários autores ressaltam que esta é a mais frequente complicação grave da aspiração respiratória e a causa mais comum de morte em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral (HILLEL *et al.*, 1998; POWER *et al.*, 2006; PRASS *et al.*, 2006).

Conforme afirmam Prass *et al.* (2006), o risco de desenvolvimento de pneumonia é elevado em pacientes na fase aguda do acidente vascular cerebral, e ainda permanece alto até vários meses após o aparecimento desta doença. Ou seja, a pneumonia é uma importante causa de morbidade e mortalidade, tanto na fase aguda como na reabilitação.

Segundo Eisenstadt (2010), a pneumonia aspirativa é responsável pela alta mortalidade, em torno de 40% no primeiro ano após o acidente vascular cerebral e de 18% na fase de reabilitação. Este mesmo autor conclui que metade dos pacientes com acidente vascular cerebral sofre aspiração respiratória e um terço deles desenvolve pneumonia aspirativa.

Entretanto, autores como Bronioatowski *et al.* (2010), Prass *et al.* (2006) e Taylor (2008) aduzem que a aspiração não pode explicar sozinha a incidência de pneumonia associada ao acidente vascular cerebral, pois quase a metade de indivíduos adultos saudáveis sofrem aspiração respiratória durante o sono, sem o desenvolvimento de pneumonia. Assim, há outros fatores que contribuem para a ocorrência da pneumonia aspirativa, os quais serão discutidos posteriormente (antecedentes do conceito de aspiração respiratória).

Ademais, acrescenta-se que a pneumonia aspirativa/pneumonite está associada ao aumento do tempo de internação hospitalar, dos custos, da morbidade e do tempo de uso da alimentação artificial (POWER *et al.*, 2006; WARNECKE *et al.*, 2008).

Destarte, tendo em vista todas as consequências da aspiração respiratória encontradas na literatura, salienta-se a importância da detecção precoce dos fatores de risco relacionados a esta situação clínica, com vistas a potencializar os resultados de saúde dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. A seguir, estão apresentados no Quadro 5 os antecedentes da aspiração respiratória encontrados na literatura e a sua associação com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, presentes na taxonomia da NANDA-I.

Quadro 5 – Equivalência entre os antecedentes da aspiração respiratória encontrados na literatura com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Antecedentes da Aspiração Respiratória	Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração correspondentes aos antecedentes	Número de Publicações
Disfagia	Deglutição prejudicada	63
Depressão do nível de consciência	Nível de consciência reduzido	13
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	Reflexos de tosse diminuídos	13
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	Não há correspondente	6
Presbifagia	Não há correspondente	5
Uso de tubos gastrintestinais	Tubos gastrintestinais Alimentação por sonda	5
Presença de refluxo gastroesofágico	Resíduo gástrico aumentado	3
Imobilização	Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo	2
Reflexo de vômito ausente	Reflexos de vômito diminuídos	2
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	Não há correspondente	2
Sedação	Administração de medicação e nível de consciência reduzido.	1
Não encontrado na literatura	Cirurgia de pescoço	-
Não encontrado na literatura	Cirurgia facial	-
Não encontrado na literatura	Cirurgia oral	-
Não encontrado na literatura	Esfíncter esofágico inferior	-

	incompetente	
Não encontrado na literatura	Esvaziamento gástrico retardado	-
Não encontrado na literatura	Fixação cirúrgica dos maxilares	-
Não encontrado na literatura	Motilidade gastrintestinal diminuída	-
Não encontrado na literatura	Presença de sonda endotraqueal	-
Não encontrado na literatura	Presença de traqueostomia	-
Não encontrado na literatura	Pressão intragástrica aumentada	-
Não encontrado na literatura	Trauma de pescoço	-
Não encontrado na literatura	Trauma facial	-
Não encontrado na literatura	Trauma oral	-

O conhecimento, a avaliação e a detecção precoce dos fatores de risco relacionados à aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral são substancialmente relevantes para a prevenção de diversas complicações, consoante já demonstrado.

Um total de 11 fatores de risco para a aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral foi encontrado nas publicações analisadas. Os fatores de risco foram: disfagia, depressão do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, desordens neurológicas, presbifagia, uso de tubos gastrintestinais, presença de refluxo gastroesofágico, imobilização, reflexo de vômito ausente, procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia e sedação.

Destaca-se que o fator de risco mais citado na literatura foi a disfagia, presente em 63 publicações, seguido da depressão do nível de consciência (13) e do reflexo de tosse prejudicado ou ausente (13).

Ao relacionar com o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, publicado na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010), encontrou-se que há três fatores de risco não correspondentes ao referido diagnóstico de enfermagem – desordens neurológicas, presbifagia e procedimentos invasivos, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia. Além disso, acrescenta-se o fato de que 13 fatores de risco publicados na NANDA-I (do total de 22) não foram encontrados na literatura analisada.

Frisa-se também que o fator de risco sedação foi relacionado ao fator de risco diminuição do nível de consciência e administração de medicamento, presentes na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010). Entretanto, a referida Taxonomia não explicitou o medicamento e a sua via de administração.

O diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração foi submetido, formalmente, por Judith Wooldridge ao Comitê da NANDA e aprovado para o uso clínico e testagem, em 1988. A referida autora descreveu em seu artigo de validação várias situações clínicas em que este diagnóstico esteve presente, como: pacientes com entubação orotraqueal ou traqueostomia; pessoas com diversos diagnósticos médicos, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia, hemorragia gastrointestinal, uso abusivo de álcool, retardo mental e obstrução crônica de vias aéreas (WOOLDRIDGE *et al.*, 1998). O contexto clínico do acidente vascular cerebral não foi citado no trabalho de Wooldridge *et al.* (1998), o que pode explicar em parte a ausência dos fatores de risco disordens neurológicas, presbifagia e procedimentos invasivos, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia.

Outrossim, ressalta-se que é recomendada a validação do diagnóstico de enfermagem em uma população específica (GORDON, 1994), o que acarretou diferenças em relação ao diagnóstico de enfermagem publicado na NANDA-I. Constatou-se que este diagnóstico de enfermagem foi formulado com base em diferentes contextos, justificando, assim, a não correspondência de 13 fatores de risco com os antecedentes encontrados na literatura relacionada somente ao acidente vascular cerebral.

Todavia, salienta-se que os pacientes com acidente vascular cerebral devem ser sempre considerados na avaliação diagnóstica do risco de aspiração, pois este é um diagnóstico bastante prevalente (CAVALCANTE, 2008) e gera várias consequências ao paciente acometido por esta doença.

As deficiências no autocuidado relativas ao banho/higiene, ao vestir-se/arrumar-se e à higiene íntima foram sugeridas por Cavalcante (2008) como prováveis fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Tal hipótese não se confirmou, em virtude da literatura analisada não demonstrar a relação entre deficiências no autocuidado e aspiração respiratória.

Entretanto, várias publicações revelaram a relação entre a dependência da higiene oral e o elevado risco de pneumonia aspirativa (EISENSTADT, 2010; HAMMOND; GOLDSTEIN, 2006; SELLARS *et al.*, 2007; SHIGEMITSU; AFSHAR, 2007; SMITH *et al.*, 2000; SMITH; CONNOLLY, 2003; SMITHARD, 1999; TAYLOR, 2008).

Frequentemente, o acidente vascular cerebral gera diversas sequelas motoras, as quais afetam o desempenho de atividades básicas do cotidiano, como realização da higiene oral, da higiene corporal e da alimentação. A disfagia é um importante fator de risco para a aspiração respiratória, mas outros fatores de risco são necessários para o desenvolvimento da pneumonia aspirativa, entre esses se destaca a dependência de outras pessoas para o cuidado oral e para a alimentação (SMITH; CONNOLLY, 2003).

Para Amaral, Cortês e Pires (2009), a condição de higiene oral está relacionada com o número de espécies de bactérias presentes na boca e em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, a higiene oral já é normalmente precária, além do fato de que esses indivíduos estão expostos a diversos outros fatores adicionais, como a diminuição da limpeza natural da boca, promovida pela mastigação de alimentos duros e fibrosos, e a movimentação da língua e das bochechas durante a fala. Há também a redução do fluxo salivar pelo uso de alguns medicamentos, que contribuem para o aumento do biofilme e, conseqüentemente, de sua complexidade, favorecendo a colonização oral por patógenos respiratórios.

A pesquisa de Shigemitsu e Afshar (2007) elucida que a não realização da higiene oral predispõe o paciente à pneumonia, pelo fato da aspiração de secreções orofaríngeas colonizadas, particularmente, por bactérias Gram-negativas. Eisenstadt (2010) acrescenta que além da higiene oral precária, a perda dos dentes, a xerostomia e as doenças periodontais favorecem a proliferação de bactérias anaeróbias na boca.

Outros trabalhos alertam que na presença da disfagia, o cuidado com a boca é frequentemente negligenciado, elevando o risco de pneumonia aspirativa secundária aos microrganismos presentes nas secreções orofaríngeas (FIELDS, 2008; SMITHARD, 1999). Estudo sobre intervenções relacionadas ao cuidado oral de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Neurológica constatou que uma higiene meticulosa da cavidade oral três vezes ao dia reduziu drasticamente a incidência de pneumonia aspirativa (FIELDS, 2008).

Com base no exposto, acredita-se que as dependências do autocuidado relacionadas ao banho/higiene, à higiene íntima, ao vestir-se/arrumar-se estão relacionadas à dependência da higiene oral. Esta dependência torna o paciente

susceptível não ao desenvolvimento da aspiração respiratória, mas da pneumonia aspirativa.

Adiante, estão apresentados nos quadros abaixo os conceitos e as referências empíricas de cada antecedente encontrado na literatura.

- **Definição dos conceitos e referências empíricas dos antecedentes (fatores de risco)**

Quadro 6 – Conceitos do antecedente Disfagia relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Disfagia		
Conceito	Referência	Base
Desordem da deglutição que afeta as fases oral, faríngea e esofágica da deglutição.	FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases , v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.	SCOPUS
Dificuldade para deglutir.	NAZARKO, L. Swallowing difficulties in stroke patients. Nursing & Residential Care , v. 9, n. 2, 2007.	CINAHL
	SPIEKER, M. R. Evaluating Dysphagia. American Family Physician , v. 61, n. 12, p. 3639-48, 2000.	CINAHL
	AVIV, J. E.; SACCO, R. L.; MOHR, J. P.; THOMPSON, J. L. P.; LEVIN, B.; SUNSHINE, S.; THOMSON, J.; CLOSE, L. G. Laryngopharyngeal sensory testing with modified barium swallow as predictors of aspiration pneumonia after stroke. The Laryngoscope , v.107, n. 9, p. 1254-60, 1997.	CINAHL
	BLACK-SCHAFFER, R. M.; KIRSTEINS, A. E.; HARVEY, R. L. Stroke Rehabilitation – Co-morbidities and complications. Arch Phys Med Rehabil , v. 80, 1999.	CINAHL
Deglutição anormal devido à coordenação prejudicada, à obstrução ou à fraqueza muscular que afeta a biomecânica da deglutição.	HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B. Cough and Aspiration of food and liquids due to Oral- Pharyngeal Dysphagia. Chest , v. 129, n. 1, suplemento, 2006.	CINAHL
Problemas de deglutição.	SMITH, H. A.; CONNOLLY, M. J. Evaluation and treatment of dysphagia following stroke. Topics in Geriatric Rehabilitation , v. 19, n. 1, p. 43-59, 2003.	CINAHL

Para uma melhor compreensão do conceito de disfagia, inicialmente apresentam-se o conceito e a fisiologia do processo de deglutição. A deglutição é um complexo processo motor com sequencial ativação e desativação dos músculos da região oral, faríngea, laríngea e esofágica. O processo de deglutição pode ser classificado em três estágios: oral, faríngeo e esofágico (PAIK *et al.*, 2008; SPIEKER, 2000).

O estágio orofaríngeo da deglutição inicia com as contrações das tonsilas e dos músculos da mastigação. Os músculos trabalham de forma coordenada para propulsionar o alimento com a saliva para a região orofaríngea, cujo reflexo involuntário da deglutição é iniciado. Na região posterior da faringe, há um complexo e preciso trabalho muscular de contração e relaxamento para a elevação do palato e fechamento da nasofaringe e elevação da laringe. A epiglote se move para baixo para cobrir as vias aéreas, enquanto os músculos da faringe se contraem movendo o bolo alimentar além do músculo cricofaríngeo (SPIEKER, 2000).

O estágio esofágico é determinado pela propulsão do alimento da faringe para o esôfago e as contrações musculares do esôfago ajudam a mover o bolo alimentar para a parte medial e distal do esôfago (SPIEKER, 2000).

A disfagia orofaríngea refere-se à incapacidade de iniciar o ato da deglutição e, assim, os alimentos não podem ser transferidos da boca para o esôfago (ACHEM; DEVAULT, 2005).

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

São as anormalidades da fase orofaríngea que podem ocasionar sérias complicações, como a aspiração respiratória e a asfixia (PAIK *et al.*, 2008; SPIEKER, 2000). O trabalho desenvolvido por Spieker (2000) afirma que pacientes

com acidente vascular cerebral possuem risco de aspiração por ocasião da disfagia. Ademais, ressalta que o acidente vascular cerebral é a principal causa da disfagia orofaríngea.

É importante salientar que a maioria das publicações analisadas (67%) aduzia que a disfagia é um fator de risco para a aspiração respiratória, configurando-a como principal causa de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Em relação ao conceito de disfagia, a maioria das publicações afirmou dificuldade para deglutir, remetendo ao diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada.

Segundo a Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010, p. 98), o conceito do diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada é: funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado ao déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica. Destarte, conclui-se, preliminarmente, que a presença do diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada é condição essencial para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Alguns autores, como Martino *et al.* (2005), tratam como sinônimos os conceitos de disfagia e aspiração. Para estes autores, a aspiração é considerada como um nível severo de disfagia. Acrescentam ainda que todos os pacientes que aspiram têm disfagia, mas nem todos os pacientes disfágicos aspiram. Ainda nesta esfera, Spieker (2000) aponta a importância de proceder a uma diferenciação entre os conceitos de disfagia e odinofagia. Segundo o autor, ambos são conceitos diferentes, cuja odinofagia significa apenas uma deglutição dolorosa.

Em relação à incidência de disfagia, vários estudos referem que esta ocorre em 30 a 50% dos pacientes com acidente vascular cerebral. Cerca de 40% destes desenvolvem a aspiração respiratória e 37% dos que aspiram desenvolvem a pneumonia (HAMMOND *et al.*, 2009; KEDLAYA; BRANDSTATER, 2002; BLACK-SCHAFFER; KIRSTEINS; HARVEY, 1999; TAYLOR, 2008).

Em conformidade com Daniels *et al.* (2000), a disfagia ocorre em aproximadamente 55% dos pacientes na fase aguda do acidente vascular cerebral e a aspiração respiratória em 40% destes. A aspiração silenciosa pode ocorrer em 40 a 70% dos pacientes disfágicos que aspiraram, elevando o risco de pneumonia aspirativa e aumento da internação hospitalar.

Em relação ao tempo para o desenvolvimento da disfagia, Shigemitsu, Afshar (2007) e Trapl *et al.* (2007) relatam que a disfagia está clinicamente presente

em 42 a 67% dos pacientes nos primeiros três dias da ocorrência do acidente vascular cerebral.

Devido à incidência do acidente vascular cerebral e da disfagia, do risco elevado de aspiração respiratória e dos efeitos da pneumonia em termos de morbidade, mortalidade e custos, a identificação do risco de aspiração é clinicamente significativa (ADDINGTON; STEPHENS; GILLILAND, 1999). A seguir, estão expostas as referências empíricas do antecedente disfagia.

Quadro 7– Referências empíricas do antecedente disfagia relacionadas aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Referências Empíricas do Antecedente Disfagia	Número de Publicações
Videofluoroscopia	43
Avaliação da deglutição por fibra óptica	18
Oximetria de pulso	11
Teste da Deglutição de Água	10
Avaliação clínica – seis sinais clínicos de Daniels <i>et al.</i> (1998)	8
Avaliação sensorio-motora da cavidade oral	8
Diferentes escalas de avaliação da deglutição	7
História clínica	7
Ausculta cervical	4
Teste de Indução da Deglutição (dois passos)	3
Avaliação do ph traqueal	3
Manometria	3
Ultrassom	2
Cintilografia/Ressonância Magnética	2
Avaliação Clínica da Deglutição com substâncias radiopacas	1

De acordo com a literatura analisada, há vários métodos para a avaliação do fator de risco disfagia, entre estes o mais citado foi a videofluoroscopia (43 publicações).

A videofluoroscopia é considerada por vários autores como o padrão-ouro para a avaliação da aspiração. A videofluoroscopia é um estudo dinâmico, em que o

otorrinolaringologista ou radiologista examinam as estruturas anatômicas e as funções das fases oral e faríngea da deglutição. O exame é realizado com o paciente na posição de 45° a 90° no leito, enquanto consome alimentos e líquidos de diversas consistências impregnados com bário para a visualização do processo de deglutição (RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2003).

A maioria dos métodos presentes nos estudos avaliados pressupõe suportes tecnológicos específicos e profissional médico especializado – videofluoroscopia, avaliação da deglutição por fibra óptica, ausculta cervical, ph traqueal, manometria, ultrassom, cintilografia/ressonância magnética e avaliação clínica da deglutição com substâncias radiopacas.

Em face desse contexto, entende-se que o enfermeiro é um profissional de saúde capacitado para realizar uma avaliação clínica da deglutição. Destarte, este estudo detalhará mais adiante as referências empíricas relativas somente à avaliação clínica, a qual o enfermeiro poderá realizar de forma independente.

Em relação à histórica clínica para a avaliação de disfagia, Chen *et al.* (2004) recomendam que sejam coletadas, por meio da entrevista, características basais dos pacientes, como: idade, sexo, história de tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas e dados socioeconômicos. Conforme McCullough, Wertz e Rosenbek (2001), a história prévia de pneumonia é um forte preditivo de aspiração respiratória na videofluoroscopia.

Segundo Morris (2006) e Nishiwaki *et al.* (2005), além dos dados sociodemográficos, há outras variáveis sugestivas de disfagia, como: história de acidente vascular de tronco cerebral ou bilateral; história de pneumonia aspirativa ou aumento do escarro; tosse associada à ingestão de alimentos sólidos ou líquidos; regurgitação oral ou nasal de alimentos ou líquidos; perda de peso ou decréscimo da ingesta oral; história de desidratação; dificuldade para deglutir; necessidade de terapêutica dietética com o uso de tubos alimentares.

Consoante Leder, Suiter e Warner (2009), o protocolo para avaliação da disfagia inicia com uma estimulação verbal para determinar o estado de orientação e a habilidade para obedecer comandos simples, pois os resultados do estudo mostraram uma associação significativa entre o estado de orientação e a aspiração respiratória. O risco de aspiração respiratória foi 31% maior entre aqueles que não estavam orientados quanto à pessoa, ao lugar e tempo. Assim, sugerem que na entrevista, o profissional de saúde proceda às seguintes questões: qual é o seu

nome? Onde você está agora? Qual é o ano que estamos? Após, as questões teste, os seguintes comandos: Abra a boca; Mostre a sua língua; Sorria.

Percebe-se que o estado de orientação e a capacidade de obedecer a comandos estão intrinsecamente relacionados ao fator de risco depressão do nível de consciência, discutido mais adiante. Por sua vez, essas variáveis são mais pertinentes para a avaliação do fator de risco depressão do nível de consciência do que do fator de risco disfagia.

No tocante aos sinais clínicos observados no exame físico, oito trabalhos citaram como referência os seis sinais clínicos de disfagia proposto por Daniels *et al.* (1998) e o exame sensório-motor da cavidade oral. Os sinais propostos como indicadores clínicos significativos de aspiração respiratória são: disfonia, disartria, reflexo de vômito anormal, tosse voluntária anormal, tosse depois da deglutição e mudanças da voz depois da deglutição. Ainda para estes autores, os achados da pesquisa sugerem que a presença de dois ou mais destes sinais clínicos são acuradamente preditivos de presença de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

Em publicação mais recente, Daniels *et al.* (2000) mostram as definições operacionais de cada um dos seis sinais clínicos propostos em 1998, os quais estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Definições operacionais do seis sinais clínicos preditivos de aspiração respiratória, segundo Daniels *et al.* (2000).

Sinais Clínicos	Definição Operacional
Disfonia	Avaliada por meio de parâmetros, como a qualidade vocal e intensidade da voz.
Disartria	Avaliado 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.
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.
Tosse voluntária anormal	Resposta diminuída ou ausente oferecida, quando o profissional de saúde solicita o paciente a tossir.
Tosse depois da deglutição	Presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão de 5, 10 e 20 ml de água.
Mudança de voz depois da deglutição	Presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de volumes de água.

A avaliação sensório-motora da cavidade oral é um exame amplo e detalhado e também considera alguns indicadores clínicos de Daniels *et al.* (1998).

A pesquisa de Nishiwaki *et al.* (2005) destaca seis itens que devem ser considerados na avaliação sensório-motora da cavidade oral, com as respectivas definições operacionais, conforme apresentado adiante.

Quadro 9 – Avaliação sensório-motora da cavidade oral, com as respectivas definições operacionais, proposto por Nishiwaki *et al.* (2005).

Avaliação Clínica Sensório-Motora da Cavidade Oral	Definição Operacional
Fechamento labial	Apresenta simetria em repouso, durante a retração, protusão e fala. Força no fechamento labial (perda de saliva ou de ar no fechamento labial). Nenhum achado anormal – normal Algum achado anormal - anormal
Movimento da língua	Apresenta fasciculação. Simetria em repouso, durante a protusão, lateralização e elevação. Força na protusão, lateralização e elevação. Nenhum achado anormal – normal Algum achado anormal - anormal
Elevação do palato	Apresenta simetria em repouso e durante a elevação. Nenhum achado anormal – normal Algum achado anormal - anormal
Reflexo de Vômito	Normal/Anormal – diminuído ou ausente
Qualidade da voz	Estimado durante a fala voluntária. Normal/Anormal (rouquidão, soprosidade e tensão).
Função motora da fala	Estimado durante a fala voluntária ou na fala repetida das sílabas pa-ta-ka. Precisão articulatória, agilidade, fluência e ressonância. Fala compreensível – normal. Algum achado anormal – anormal.

A oximetria de pulso é outro método de avaliação de disfagia e risco de aspiração bastante citado nas publicações analisadas. Algumas pesquisas encontraram uma correlação entre a dessaturação de oxigênio durante e após a deglutição, com os indicadores clínicos de aspiração mostrados na videofluoroscopia. Uma dessaturação maior ou igual a 2% do que a média basal pode ser preditiva de aspiração com a sensibilidade de 87% e especificidade de 39% (ROFFE, 2001).

Ramsey, Smithard e Kalra (2003) sugerem que a aspiração respiratória ocasiona o reflexo de bronconstrição, afeta a relação ventilação/perfusão, acarretando a hipóxia e a dessaturação de oxigênio. Destarte, afirmam que o grau de dessaturação é pertinente para a avaliação clínica do risco de aspiração.

Ademais, a oximetria de pulso é um método indireto para detectar a aspiração silenciosa durante o processo de deglutição. Uma dessaturação maior ou

igual a 2% do que a média basal, durante a deglutição, é um indicativo de aspiração (RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2005).

Em relação ao teste de indução da deglutição, o mais citado nos trabalhos avaliados foi o Teste de Deglutição da Água, criado e validado por Depippo, Holes e Reading (1992), é usualmente realizado com 90 ml de água. Todavia, outros autores ressaltam que esta quantidade de água é elevada, especialmente para testar pacientes com acidente vascular cerebral na fase aguda, pois o risco de aspiração, engasgo e outras complicações não pode ser negligenciado (NISHIWAKI *et al.*, 2005).

Assim, alguns trabalhos usam uma versão modificada do Teste da Deglutição da Água, com apenas 30 ml. O paciente consciente e alerta, condições imprescindíveis à realização do teste, permanece na posição sentada. O examinador inicialmente oferece 5 ml de água e, em seguida, pergunta-lhe se deseja beber o restante da água. O procedimento finaliza se o paciente tossir ou mudar a sua voz. Neste teste, são avaliadas anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laringea durante a deglutição e tosse ou mudança da voz após a deglutição, por um minuto (DZIEWAS *et al.*, 2004; NISHIWAKI *et al.*, 2005).

Ainda nesta esfera, Nishiwaki *et al.* (2005), ao citarem o trabalho de Oguchi *et al.* (2000), sugerem também, como teste complementar ao Teste de Deglutição da Água, o Teste de Deglutição da Saliva. Esse exame é realizado da seguinte forma: os pacientes são solicitados a deglutir a saliva e classifica-se como anormal quando não se realiza a solicitação ou quando o examinador não confirma a elevação da laringe no período de 30 segundos.

Por fim, alguns estudos analisados trouxeram diversas escalas de avaliação da deglutição, como: *Aspiration-Penetration Scale* (usada na videofluoroscopia), *American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measure System* (representa o estado da dieta e nutrição de pacientes disfágicos), *Burke Dysphagia Screening Test* (capacidade para deglutir as refeições, especialmente alimentos líquidos), *Dysarthria/Dysphagia Battery* (questões clínicas sobre a respiração, anatomia, baba e alimentação parenteral), *Gugging Swallowing Screen* (testes diversos da deglutição) (POWER *et al.*, 2006; RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2003; SEO; OH; HAN, 2011; TAYLOR, 2008; TRAPL *et al.*, 2007).

Ressalta-se que foi realizada busca prévia e não foram encontrados trabalhos no Brasil sobre a validação destas escalas de avaliação da deglutição.

Quadro 10 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Depressão do nível de consciência, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral

Depressão do Nível de Consciência			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo	FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases , v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.	SCOPUS

Fisiologicamente, a depressão do nível de consciência é relacionada à redução de reflexos protetores, agravando a coordenação dos movimentos respiratórios com a deglutição. Esta situação, independente da doença, predispõe o paciente à aspiração respiratória (DZIEWAS *et al.*, 2004).

Conforme demonstrado, não foi encontrado nas publicações o conceito do antecedente depressão do nível de consciência. Em relação às referências empíricas, o trabalho de Falsetti *et al.* (2009) cita o Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo, como uma forma de avaliar o nível de consciência dos pacientes com acidente vascular cerebral.

Segundo Falsetti *et al.* (2009), aqueles pacientes com Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a quatro são considerados disfágicos e com alto risco para aspiração respiratória. Esta escala foi desenvolvida pelo *Rancho Los Amigos* e permite avaliar e classificar o paciente pós-trauma crânio-encefálico, dentro de suas funções cognitivas. Esta escala foi descrita pela primeira vez em 1965 e atualizada com mais dois itens em 2001 (HAGEN; MALKMUS; DURHAM, 2002; JAKAITIS; GUAZZELLI, 2005).

O Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo, também denominado Escala *Rancho Los Amigos*, é composto por dez itens e quanto maior a pontuação do escore, melhor é o nível de funcionamento cognitivo do indivíduo.

Quadro 11 – Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo estabelecido por Hagen, Malkmus e Durham (2002).

Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo	Características Comportamentais
I	<p style="text-align: center;">Não responsivo</p> <p>O indivíduo não responde aos sons, aos sinais, às luzes, ao toque ou movimento.</p>
II	<p style="text-align: center;">Resposta Generalizada</p> <p>O indivíduo começa a responder aos sons, às luzes, ao toque ou movimento.</p> <p>A resposta é lenta, inconsistente ou ocorre após intervalo (pode demorar até 20 segundos para ocorrer).</p> <p>Responde da mesma forma àquilo que ouve, vê ou sente. A resposta pode incluir mastigação, gemidos, sudorese, respiração rápida, movimentação ou aumento da pressão arterial.</p>
III	<p style="text-align: center;">Resposta Localizada</p> <p>Acorda e dorme durante o dia.</p> <p>Movimenta-se mais que anteriormente, se houver condição motora para tal.</p> <p>Reage mais especificamente àquilo que vê, ouve ou sente. Por exemplo, o indivíduo pode se virar em direção a um som, retirar o membro ao estímulo doloroso e prestar atenção às pessoas que se movem ao seu redor.</p> <p>Tem reação lenta e inconsistente.</p> <p>Começa a reconhecer família e amigos, e é capaz de seguir comandos simples como “olhe para mim” e “aperte minha mão”.</p> <p>Começa a responder de forma inconsistente a perguntas simples com sinais de “sim” e “não”, por meio de piscadas e/ou movimentos das mãos.</p>
IV	<p style="text-align: center;">Confuso e Agitado</p> <p>O indivíduo está muito confuso e amedrontado, pois não entende aquilo que está sentindo nem o que acontece a sua volta.</p> <p>Reage em excesso àquilo que vê, ouve ou sente, muitas vezes com golpes, usando linguagem inapropriada, gritando ou agredindo as pessoas. Isto acontece como consequência da confusão mental;</p> <p>Nesta fase, o indivíduo apenas pensa em necessidades básicas, como comer, aliviar a dor, ir para a cama, ir ao banheiro ou voltar para casa e pode não entender que as pessoas estão tentando ajudá-lo.</p> <p>Não presta atenção, não se concentra, nem mesmo por alguns segundos.</p> <p>Tem dificuldade em seguir ordens.</p> <p>Reconhece família e amigos a maior parte do tempo.</p> <p>Com auxílio, é capaz de realizar atividades simples do dia a dia, como se alimentar, se vestir, e conversar, se sua condição motora assim permitir.</p>

	<p>Às vezes, necessita ser restrito ao leito para que não se machuque.</p>
<p>V</p>	<p style="text-align: center;">Confuso e Inapropriado</p> <p>O indivíduo presta atenção por cerca de 5 minutos.</p> <p>Está confuso e tem dificuldades em entender coisas que não sejam relacionadas consigo mesmo.</p> <p>Não sabe data, onde está ou porque está no Hospital.</p> <p>Tem memória pobre. É capaz de se lembrar de eventos do passado melhor que das atividades atuais ou das informações dadas após o trauma.</p> <p>Tenta preencher os lapsos de memória inventando histórias (confabulação).</p> <p>Pode ter dificuldades em mudar de assunto ou atividade (perseveração de comportamento), necessitando de ajuda para seguir adiante.</p> <p>Concentra-se em atividades básicas, como comer, aliviar da dor, voltar para a cama e ir ao banheiro.</p> <p>Não está apto a iniciar ou completar atividades diárias, como escovar os dentes, mesmo que fisicamente tenha condições (precisará de instruções passo-a-passo).</p> <p>Pode apresentar sinais de agitação quando tem muitas pessoas à sua volta ou está cansado.</p>
<p>VI</p>	<p style="text-align: center;">Confuso e Apropriado</p> <p>O indivíduo está apto a iniciar um tratamento de reabilitação convencional, isto é, frequentando um centro de reabilitação, pois já consegue prestar atenção por um período de cerca de 30 minutos com comportamento adequado, mas tem dificuldade em se concentrar em ambiente barulhento ou quando a atividade requer várias etapas diferentes. Por exemplo, ele é incapaz de descer a calçada, olhar os carros, olhar o semáforo, andar e falar ao mesmo tempo.</p> <p>Ainda está um pouco confuso devido aos problemas de memória e de pensamento. Será capaz de lembrar dos pontos principais de uma conversa, mas ficará confuso ou esquecerá os detalhes. Por exemplo, ele se lembrará que teve visitas pela manhã, mas esquecerá sobre o que foi comentado na visita.</p> <p>É capaz de seguir uma agenda ou horário com alguma supervisão, mas ficará confuso com mudanças na rotina.</p> <p>É capaz de realizar as atividades de vida diárias (AVD's) de forma independente, necessitando de pequenos auxílios e já tendo controle esfinteriano normal, ou seja, escova os dentes, veste-se, alimenta-se com auxílio, e sabe quando necessita usar o banheiro.</p> <p>Faz ou diz coisas muito rapidamente, sem pensar antes.</p> <p>Sabe que sua condição atual é devido a um trauma crânio-encefálico, mas não entende todos os problemas decorrentes da lesão.</p> <p>Está mais consciente de seus problemas físicos do que dos problemas cognitivos.</p>

	<p>Associa suas dificuldades ao fato de estar em um Hospital/Centro de Reabilitação e pensa que tudo ficará bem quando ele voltar para casa.</p>
VII	<p style="text-align: center;">Automático e Apropriado</p> <p>Consegue seguir uma agenda ou horário.</p> <p>É capaz de realizar as AVD's sem auxílio, se não houver nenhum impedimento motor. Por exemplo, é capaz de se vestir ou de se alimentar independentemente.</p> <p>Tem problemas em novas situações e pode ficar frustrado ou agir sem pensar primeiro.</p> <p>Os problemas de planejamento, início e continuidade das atividades são mais evidentes.</p> <p>Apresenta dificuldades de atenção em situações estressantes ou onde haja fatores de distração. Por exemplo, encontros familiares, trabalho, escola, igreja ou eventos esportivos.</p> <p>Não tem noção de como seus problemas de pensamento e memória afetarão seus planos futuros e metas, e provavelmente espera retornar ao trabalho e ao estilo de vida prévios à doença.</p> <p>Continua necessitando de supervisão devido às noções de segurança e aos julgamentos diminuídos.</p> <p>Não compreende completamente o impacto de seus problemas físicos e mentais.</p> <p>Tem raciocínio lento em situações estressantes.</p> <p>É inflexível, rígido e parece ser decidido. Entretanto, este tipo de comportamento se deve à lesão cerebral.</p> <p>Costuma falar a respeito de seus planos, mas terá problemas em colocá-los em prática.</p>
VIII	<p style="text-align: center;">Comportamentos apropriados, intencionais e com finalidade (necessita de supervisão frequente)</p> <p>Orientado quanto à pessoa, ao lugar e espaço.</p> <p>Atende de forma independente aos pedidos familiares.</p> <p>Habilidade para relembrar do passado e dos eventos recentes.</p> <p>Não requer assistência em algumas atividades aprendidas.</p> <p>Pensa sobre as consequências da decisão ou ação que tomou, com o mínimo de assistência.</p> <p>Estima demais ou subestima as habilidades.</p> <p>Depressivo e irritável.</p> <p>Argumentativo.</p> <p>Atenção centrada em si próprio.</p>

<p>IX</p>	<p>Intencional e apropriado (supervisão quando solicitado)</p> <p>Conclui as tarefas com precisão, mesmo modificando a sequência da tarefa.</p> <p>Usa a memória para assisti-lo na programação das atividades de vida diária e requer supervisão, somente quando solicitado.</p> <p>Habilidade para pensar sobre as consequências da decisão ou ação que tomou, requerendo a assistência somente quando solicitado.</p> <p>Depressão pode continuar.</p> <p>Irrita-se facilmente.</p> <p>Habilidade para automonitorização do seu comportamento social.</p>
<p>X</p>	<p>Intencional e apropriado (independência modificada)</p> <p>Habilidade para realizar múltiplas tarefas em vários ambientes, mas requer periodicamente pausas.</p> <p>Habilidade para procurar, resgatar e manter a memória.</p> <p>Habilidade para reconhecer as necessidades e os sentimentos.</p> <p>Períodos de depressão ainda podem acontecer.</p> <p>O comportamento social é consistentemente apropriado.</p>

Quadro 12 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Reflexo de tosse prejudicado ou ausente, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral

Reflexo de Tosse Prejudicado ou Ausente			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
<p>Tosse involuntária ou Reflexo da Tosse é um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via da aspiração traqueobrônquica.</p> <p>Tosse Voluntária refere-se à tosse produzida sob um comando e não está relacionada ao ato de beber e comer.</p>	<p>Medidas aerodinâmicas e níveis de pressão dos sons da tosse voluntária.</p>	<p>HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B.; HORNER, R. D.; YING, J.; GRAY, L.; GONZALEZ, L.; BOLSER, D. C. Predicting aspiration in patients with ischemic stroke. Chest, v. 135, n. 3, 2009.</p>	<p>CINAHL</p>
<p>-</p>	<p>Medidas aerodinâmicas e níveis de pressão dos sons da tosse voluntária</p>	<p>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.</p>	<p>CINAHL</p>

		56, p. 502-506, 2001.	
-	Histórica clínica – tosse voluntária	SMITHARD, D. G.; O'NEILL, P. A.; PARK, C.; ENGLAND, R.; RENWICK, D. S.; WYATT, R.; MORRIS, J.; MARTIN, D. F. Can beside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? Age and Ageing , v. 27, p. 99-106, 1998.	CINAHL
-	Reflexo Laríngeo da Tosse – tosse involuntária	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. Stroke , v. 30, p. 1203-1207, 1999.	SCOPUS
-	Reflexo Laríngeo da Tosse – tosse involuntária	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. RODRIGUEZ, M. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke. Arch Phys Med Rehabil , v. 80, 1999.	CINAHL

O acidente vascular cerebral agudo frequentemente prejudica a deglutição e afeta também o reflexo protetor das vias aéreas – Reflexo Laríngeo da Tosse. Tal reflexo, quando diminuído ou ausente, pode permitir a penetração laríngea de objetos estranhos e, conseqüentemente, a aspiração. Destarte, a avaliação precoce do Reflexo Laríngeo da Tosse possibilita identificar nos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral o risco de desenvolvimento da aspiração respiratória (ADDINGTON; STEPHENS; GILLILAND, 1999; HAMMOND *et al.*, 2001).

De acordo com Hammond *et al.* (2001), o risco de aspiração está elevado em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral com o reflexo de tosse voluntária prejudicado, porque a tosse é um importante mecanismo protetor responsável pela manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Ademais, é importante salientar que este é também um dos seis sinais clínicos de disfagia proposto por Daniels *et al.* (1998).

A tosse tem sido tradicionalmente um componente chave da avaliação clínica da deglutição. Tosse e deglutição estão relacionadas às mesmas estruturas anatômicas, além disso ambas possuem funções de limpeza das vias aéreas contra alimentos e secreções (HAMMOND *et al.*, 2009). Todavia, segundo Addington, Stephens e Gilliland (1999), a proteção neurológica das vias aéreas (tosse) e a

fisiologia da deglutição são processos separados. O exame neurológico realizado por meio do Reflexo Laríngeo da Tosse é o componente mais importante para a avaliação do risco de aspiração, quando comparado ao exame fisiológico da deglutição.

Conforme exposto no Quadro 12, a avaliação do reflexo da tosse é dividida em duas partes – tosse voluntária e involuntária. A tosse involuntária é mensurada por meio do teste do Reflexo Laríngeo da Tosse. Já a tosse voluntária é mensurada por medidas aerodinâmicas e níveis dos sons da tosse, bem como por meio da história clínica.

O teste do Reflexo Laríngeo da Tosse geralmente é realizado pelo fonoaudiólogo ou otorrinolaringologista e consiste na inalação de microaerossol, contendo uma solução de 20% de ácido tartárico dissolvido em dois mililitros (ml) de soro fisiológico. Esta solução ácida estimula a irritação química de receptores localizados na laringe e inicia o reflexo laríngeo da tosse. Os resultados deste teste são: tosse normal (ocorre o reflexo da tosse) e anormal (ausência ou diminuição do reflexo da tosse) (ADDINGTON; STEPHENS; GILLILAND, 1999).

As medidas aerodinâmicas e os níveis de pressão dos sons da tosse voluntária são obtidos por um fonoaudiólogo com uso de um *software* especializado para a análise (HAMMOND *et al.*, 2009). Pesquisa que comparou os sinais clínicos e as medidas aerodinâmicas da tosse em pacientes com acidente vascular isquêmico afirmou que os pacientes com alto risco de aspiração possuem o volume inspiratório menor, nível de pressão sonora mais baixo e maior tempo de fase expiratória do que aqueles sem risco de aspiração (HAMMOND *et al.*, 2009).

Daniels *et al.* (1998) e Smithard *et al.* (1998) sugerem que a tosse voluntária pode ser avaliada por qualquer profissional de saúde, por meio da história clínica. Estes autores aduzem que os profissionais de saúde devam solicitar aos pacientes para tossirem ou perguntarem aos familiares/cuidadores se os pacientes tosse. Os resultados desta avaliação são divididos em três partes: 1 – tosse voluntária normal; 2 – tosse voluntária diminuída; 3 – tosse voluntária ausente.

Quadro 13 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Desordens Neurológicas, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Distúrbios Neurológicos (Trauma Cerebral, Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer)			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Tomografia de crânio – avaliação da imagem quanto ao tipo, ao lado e à localização da lesão.	POWER, M. L.; HAMDY, S.; GOULERMAS, J. Y.; TYRRELL, P. J.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G. Predicting aspiration after hemispheric stroke timing measures of oropharyngeal bolus flow and laryngeal closure. Dysphagia , v. 24, p. 257-264, 2009.	CINAHL

Para Power *et al.* (2006), traumas cerebrais, como o acidente vascular cerebral, afetam a fisiologia normal da deglutição, tornando a via aérea vulnerável à entrada de alimentos ou líquidos para os pulmões. As pesquisas de Périé *et al.* (1999) e Power *et al.* (2009) concluem que a incidência de aspiração respiratória é maior nos casos de acidente vascular cerebral, localizado no tronco cerebral (centro da deglutição).

Destarte, a avaliação do tipo, lado e sítio da lesão cerebral, por meio de uma tomografia de crânio, faz-se importante para a detecção de possíveis riscos de comprometimento da deglutição e da aspiração respiratória (POWER *et al.*, 2009). Ademais, Eisenstadt (2010) acrescenta que todos os pacientes com qualquer distúrbio neurológico (trauma cerebral, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer) possuem o risco de sofrer uma aspiração respiratória.

Quadro 14 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Presbifagia, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Presbifagia			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Mudanças do mecanismo da deglutição com a idade.	-	LESLIE, P.; DRINNAN, M. J.; FORD, G. A.; WILSON, J. A. Swallow Respiratory Patterns and Aging: presbyphagia or dysphagia? J. Gerontol. , v. 60A, n. 3, p. 391-395, 2005.	SCOPUS

Diversos autores afirmam que os indivíduos idosos possuem uma prevalência elevada de pneumonia aspirativa, como consequência do prejuízo da deglutição e do reflexo de tosse que acontecem na senescência (LESLIE *et al.*, 2005; MARIK; KAPLAN, 2003; SPIEKER, 2000).

Pesquisa realizada por Leslie *et al.* (2005) aduz que existem mudanças na fisiologia da deglutição que acontecem com o envelhecimento, como: mudanças

na estrutura, motilidade, coordenação e sensibilidade do processo de deglutição. Tais modificações predispoem os idosos ao risco de desidratação, desnutrição, disfagia e aspiração.

Por outro lado, Marik e Kaplan (2003), ao citarem o trabalho de Katsumata *et al.* (1995), referem que o reflexo da deglutição não reduz com o avanço da idade. Esse estudo sugere que o envelhecimento, por si só, não eleva o risco de aspiração, pois a prevalência de desordens neurológicas aumenta com o envelhecimento e é esta condição que está fortemente associada à disfagia e ao risco de aspiração.

Quadro 15 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Uso de tubos gastrintestinais, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Uso de Tubos Gastrintestinais			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Não identificado na literatura	-	-

O uso de tubos gastrintestinais é frequentemente utilizado em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral com disfagia, como um método de curto ou longo prazo para a manutenção da nutrição. Apesar de ser um método utilizado para a prevenção da aspiração respiratória, o tema é bastante controverso (WANG *et al.*, 2006).

Estes mesmos autores alertam que o uso da sonda nasogástrica afeta a deglutição em pessoas saudáveis, pois diminui a habilidade para deglutir e prejudica a elevação laríngea, os quais são mecanismos protetores das vias aéreas. Assim, teoricamente, o risco de aspiração estaria aumentado.

De acordo com Smithard (1999), o uso de sondas nasogástricas para a alimentação pode aumentar o risco de aspiração e há evidências de que o risco de aspiração de secreções orofaríngeas e alimentos persiste ou aumenta com a gastrostomia. Já para Chen *et al.* (2004), é a remoção repetida da sonda nasogástrica que eleva o risco de aspiração respiratória.

Taylor (2008) e Morris (2008) assumem que muitos clínicos utilizam a alimentação enteral como um método eficaz de nutrição e prevenção da pneumonia aspirativa. Todavia, o risco de aspiração é elevado com uso de tubos gastrojejunais ou jejunais. Além disso, acrescentam que para pacientes com refluxo

gastroesofágico, o risco de aspiração é aumentado pela utilização de tubos alimentares.

Quadro 16 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Presença de refluxo gastroesofágico, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Presença de Refluxo Gastroesofágico			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Não identificado na literatura	-	-

Os trabalhos de Black-Schaffer, Kirsteins e Harvey (1999) e Morris (2006, 2008) referem que o refluxo gastroesofágico está associado à aspiração respiratória e, conseqüentemente, à pneumonite. Ademais, conforme já referido, o uso de tubos gastrintestinais em pacientes com refluxo gastroesofágico, não reduz o risco de aspiração respiratória (MORRIS, 2008).

Quadro 17 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Imobilização, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Imobilização			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Avaliação clínica – Brunnstrom stage e o confinamento em uma cadeira de rodas ou na cama, definido como a incapacidade para andar, mesmo com o apoio de um ajudante.	CHEN, S. Y.; CHIE, W. C.; LIN, Y. N.; CHANG, Y. C.; WANG, T. G.; LIEN, N. Can the aspiration detected by videofluoroscopic swallowing studies predict long-term survival in stroke patients with dysphagia? Disability and Rehabilitation , v. 26, n. 3, p. 1347-1353, 2004	CINAHL

Estudo sobre pneumonia aspirativa bacteriana em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico relata que a pneumonia após o acidente vascular cerebral é consequência da aspiração respiratória, em virtude da disfagia e da imobilização (PRASS *et al.*, 2006).

O trabalho de Chen *et al.* (2004) mostra diversas variáveis clínicas, as quais precisam ser avaliadas para a detecção da existência de fatores de risco para a aspiração respiratória. Entre estas, destacam-se: prejuízo motor severo, avaliado por meio da escala Brunnstrom stage e o confinamento do paciente na cama ou na cadeira de rodas.

A escala criada por Brunnstrom em 1970 aponta seis estágios de recuperação motora após o acidente vascular cerebral, os quais estão apresentados no Quadro 19. Este autor aponta a recuperação dos pacientes após o acidente vascular cerebral em seis fases, ou seis estágios de recuperação, cujo início é caracterizado por flacidez e ausência de movimentos voluntários e sinergismos básicos. A seguir, iniciam-se as fases da espasticidade e hiperreflexia, que se tornam mais evidentes na fase III, sofrendo atenuação progressiva nas fases seguintes até a restauração completa da função motora na fase VI. Ou seja, quanto menor o estágio que o paciente se encontra, maior é o seu comprometimento motor (BRUNNSTROM, 1970 apud MOTA, 2009).

As deficiências na mobilidade corporal foram sugeridas por Cavalcante (2008) como um provável fator de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Tal hipótese se confirma, preliminarmente, em virtude de a literatura analisada demonstrar a relação entre deficiências na mobilidade corporal e aspiração respiratória.

Quadro 18 – Escala de Estágios de Recuperação Motora estabelecida por Brunnstrom (1970).

Escala de Estágios de Recuperação Motora	Estágio
Flacidez presente e não consegue iniciar nenhum movimento com os membros.	I
Inicia-se a recuperação, as sinergias básicas dos membros ou alguns de seus componentes podem apresentar reações associadas, ou mínimas respostas de movimentos voluntários podem estar presentes. Neste momento, começa a desenvolver a espasticidade.	II
O paciente ganha controle voluntário das sinergias de movimento, no entanto pode não haver o completo desenvolvimento de todos os componentes da sinergia. Espasticidade aumenta e pode se tornar severa.	III
Algumas combinações de movimentos que não seguem nenhum padrão de movimento são intensificadas, inicialmente com dificuldades, tornando-se depois mais fáceis, e a espasticidade começa a diminuir.	IV
Combinações de movimentos mais complexas são aprendidas à medida que as sinergias básicas dos membros perdem a dominância sobre ações motoras.	V
Espasticidade desaparece, movimentos articulares individuais tornam-se possíveis e a coordenação aproxima-se do normal.	VI

Quadro 19 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Reflexo de vômito ausente, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Reflexo de Vômito Ausente			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral.	Estimulação tátil na região posterior da faringe.	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, 2000.	CINAHL

Para Ramsey, Smithard e Kalra (2003), a ausência do reflexo de vômito tem sido sugerida como preditivo de aspiração respiratória em vários estudos. Conforme referido, a pesquisa de Daniels *et al.* (2000) infere seis indicadores clínicos que são preditivos para a aspiração respiratória, e entre estes, está a ausência do reflexo de vômito. Importa ressaltar que semelhante ao reflexo da tosse, o reflexo de vômito é também um reflexo protetor das vias aéreas dos seres humanos.

Daniels *et al.* (2000) definem a ausência do reflexo de vômito como: a ausência de contração da parede da faringe, tanto unilateralmente como bilateralmente. Operacionalmente, este reflexo é mensurado como um estímulo tátil na região posterior da faringe, em que deverá haver contração faríngea em ambos os lados.

Quadro 20 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral

Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Não identificado na literatura	-	-

Estudo que analisou o procedimento de gastrostomia endoscópica percutânea em 31 pacientes com acidente vascular cerebral constatou que uma das maiores complicações é a aspiração, em virtude da endoscopia digestiva alta como da sedação (DÁVILA *et al.*, 2008). ‘

Segundo Black-Schaffer, Kirsteins e Harvey (1999), diversas pesquisas mostram também relação entre o procedimento de videofluoroscopia e o risco de aspiração respiratória. De acordo com o que se afirmou anteriormente, a

videofluoroscopia é atualmente o padrão-ouro para a detecção precoce da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Todavia, se não realizado com precaução, predispõe o paciente à situação de aspiração e, conseqüentemente, à pneumonia.

Quadro 21 – Conceitos e referências empíricas do antecedente Sedação, relacionados aos pacientes com acidente vascular cerebral

Sedação			
Conceito	Referência empírica	Referência	Base
Não identificado na literatura	Não identificado na literatura	-	-

A sedação está associada à aspiração respiratória (DÁVILA *et al.*, 2008). Segundo Miyake, Reis e Grisi (1998), os sedativos, de forma geral, comprometem o sistema cardiorrespiratório do pacientes, bem como o sistema nervoso central, ocasionando a diminuição do nível de consciência. Com isso, gera diversas conseqüências, entre as quais estão a aspiração respiratória e a pneumonia aspirativa (TERAMOTO; FUKUCHI, 2000).

Outrossim, acrescenta-se o fato de que muitos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral precisam de procedimentos invasivos, como entubação endotraqueal, punções e exames de neuroimagem, os quais necessitam do uso de sedativos, tornando-os susceptíveis a complicações respiratórias, como a pneumonia aspirativa. Destarte, como a sedação está intrinsecamente vinculada à depressão do nível de consciência, esse fator de risco será abordado conjuntamente com a depressão do nível de consciência.

Conforme demonstrado, alguns conceitos e referências empíricas não foram encontrados na literatura analisada. Desta forma, estes foram desenvolvidos com base na literatura formal (livros-texto) e na experiência da pesquisadora. Ressalta-se também que alguns conceitos foram formulados a partir das referências empíricas.

A partir destas considerações e com vistas a clarificar ainda mais o conceito de aspiração respiratória e risco de aspiração respiratória, adiante estão expostos um caso modelo e um caso contrário.

- **Construção de um caso modelo**

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 um 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 traquéia 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.

Este caso modelo contemplou os seguintes atributos críticos: Movimento (penetração), Objeto (suco de laranja) e Localização Exata (penetração abaixo das cordas vocais e chegada ao trato respiratório inferior – traquéia e lobo superior pulmonar esquerdo), bem como, alguns dos antecedentes do conceito de aspiração respiratória.

- **Construção de um caso contrário**

Felipe, 7 anos de idade, gosta muito de brincar e chupar bombons. Uma vez pela manhã, Felipe colocou uma bala de morango na boca e ao tentar engoli-la, engasgou-se. Prontamente, Felipe tossiu e expeliu a bala para fora da sua boca.

Este caso contrário não possui o conjunto dos atributos críticos essenciais ao conceito de aspiração respiratória. Observa-se que tem os atributos críticos Objeto (bala de morango) e Movimento (tossir), mas não existe o atributo crítico de Localização Exata (faringe).

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

A aspiração respiratória é a penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.

A partir de então, pôde-se também formular o conceito de risco de aspiração:

O risco de aspiração respiratória é o risco de penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.

Conforme referido, o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, publicado na taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010), não menciona o termo “respiratório” em seu título. Ademais, o conceito não utiliza o termo penetração (atributo crítico - Movimento), bem como não evidencia a localização (atributo crítico – Localização) do ponto de entrada do objeto (atributo crítico – objeto) na via traqueobrônquica.

Assim, a partir da revisão integrativa da literatura e da análise de conceito, elaborou-se uma proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, em pacientes com acidente vascular cerebral.

Quadro 22 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

Risco de Aspiração respiratória: risco de penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Fator de risco	Conceito	Referência empírica
Disfagia	Dificuldade para deglutir.	<p>Mensurada por uma série de indicadores: dados sociodemográficos e história clínica: sexo, idade, presença de história de acidente vascular cerebral bilateral ou de tronco cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pneumonia, escarro, tabagismo, tosse associada à ingestão de alimentos sólidos ou líquidos, regurgitação oral ou nasal de alimentos, perda de peso ou decréscimo da ingesta oral, desidratação, dificuldade para deglutir e necessidade de terapêutica dietética com o uso de tubos alimentares</p> <p>Anormalidades sensório-motoras da cavidade oral: anormalidades no fechamento labial, movimento da língua, elevação do palato, reflexo de vômito, qualidade da voz e função motora da fala.</p> <p>Presença de dois ou mais dos seis sinais</p>

		<p>clínicos: disfonia, disartria, reflexo de vômito anormal, tosse voluntária anormal, tosse depois da deglutição e mudança da voz depois da deglutição.</p> <p>Presença de dessaturação maior ou igual a 2% do que a média basal, durante a deglutição.</p> <p>Anormalidades no Teste de Deglutição da Água: presença de anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laringea durante a deglutição da água e tosse ou mudança da voz após a deglutição da água.</p> <p>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.</p>
Depressão do nível de consciência	Diminuição da capacidade do indivíduo de reconhecer a si próprio e de responder aos estímulos ambientais.	<p>Apresenta Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a quatro.</p> <p>Apresenta alterações no estado de orientação quanto à pessoa, ao tempo e ao lugar e na habilidade para obedecer a comandos simples.</p> <p>Faz uso de medicamentos sedativos.</p>
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	Diminuição ou ausência de um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via aérea da aspiração traqueobrônquica e não está relacionado ao ato de beber e comer.	História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente.
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	Doenças que comprometem, primariamente, o sistema nervoso central ou periférico, incluindo desordens do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e da junção neuromuscular.	<p>História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de alguma doença neurológica, como: trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer.</p> <p>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.</p>
Presbifagia	Mudanças do mecanismo da deglutição com a idade.	Possui idade igual ou superior a 60 anos.
Uso de tubos gastrintestinais	Utilização de métodos artificiais para alimentação enteral, como sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.	História clínica: apresenta história atual ou anterior de uso de tubos gastrintestinais, como: sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.
Presença de refluxo gastroesofágico	Refluxo de conteúdo alimentar presente no estômago para o esôfago.	História clínica: apresenta história atual de refluxo gastroesofágico.

Imobilização	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Presença de prejuízo motor severo, determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom. 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 ausente	Ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral.	Ausência ou diminuição de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.
Procedimentos invasivos, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	Métodos diagnósticos de invasão do trato aerodigestivo.	História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a realização de exames, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia.

5 VALIDAÇÃO DE ESPECIALISTAS

5.1 Objetivo da validação de especialistas

- Verificar com especialistas a adequação dos conceitos relacionados ao risco de aspiração respiratória e aos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

5.2 Materiais e métodos da validação de especialistas

5.2.1 Seleção dos especialistas

Os especialistas foram captados de três formas: a) na busca dos currículos da Plataforma Lattes do portal CNPq, utilizando como palavras-chave os termos risco de aspiração em acidente vascular cerebral, aspiração respiratória, diagnóstico de enfermagem respiratório, enfermagem e acidente vascular cerebral; b) nos Programas de Pós-graduação *Stricto-Senso* das áreas da Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina; c) por indicação de especialistas, anteriormente selecionados.

Os programas foram identificados por meio do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e acessados os sites de cada programa, com vistas a consultar a relação de docentes, linhas de pesquisa e discentes. Além disso, a biblioteca de dissertações e teses de cada programa foi acessada com os seguintes termos de busca: aspiração respiratória ou diagnóstico de enfermagem.

Após o levantamento dos especialistas, foram analisados os currículos e aplicados os critérios de seleção proposto por Fehring (1994), totalizando 57 especialistas. Ressalta-se que foram executadas adaptações aos critérios propostos, segundo a temática da pesquisa, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 23 - Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo de Fehring (1994).

Critérios adaptados	Pontos adaptados
Título de Bacharel em Enfermagem	Critério obrigatório Sem pontuação
Título de Mestre obtido em programa de Pós-graduação da área da saúde	Critério obrigatório Sem pontuação
Dissertação na área do estudo	3
Pesquisa na área de diagnósticos de enfermagem aspiração respiratória ou acidente vascular cerebral	1

Artigo publicado na área de diagnóstico de enfermagem e/ou aspiração respiratória e acidente vascular cerebral	2
Doutorado em programa de Pós-graduação da área da saúde com tese na área do estudo	3
Prática clínica de no mínimo um ano na área de enfermagem em unidade de cuidados críticos ou na área de cuidados aos com acidente vascular cerebral	3
Certificado (especialização) na área de enfermagem em unidade de cuidados críticos	2
Total de pontos	14

De acordo com o sistema de pontuação apresentado no Quadro 23, os enfermeiros deveriam obter a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos no painel de especialistas deste estudo.

Em relação ao tamanho da amostra de especialistas, este estudo adotou critérios estatísticos, como: o número de especialistas com base numa proporção mínima de 85% de concordância com a pertinência de cada componente avaliado. Admitiu-se uma diferença de 15% nesta concordância, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida concordância. Assim, para definição do tamanho amostral adotou-se uma fórmula que considera a proporção final de sujeitos em relação a uma determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável desta proporção. Assim, o tamanho amostral foi definido por $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, onde Z_{α} refere-se ao nível de confiança (adotado um nível de confiança de 95%), P é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente do diagnóstico de enfermagem e d é a diferença de proporção considerada aceitável. O cálculo final foi definido por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$ que redundou em 22 especialistas a serem incluídos nesta etapa.

Assim, os critérios que foram estabelecidos para a seleção da amostra de especialistas foram:

a) ser enfermeiro e ter uma titulação mínima de mestre em Programa de Pós-graduação da área da saúde;

b) obter a pontuação mínima de cinco pontos, conforme descrito no Quadro 23. Conforme referido, após a aplicação de tais critérios, o número final de especialistas foi 57. Buscou-se por um número maior de especialistas do que o determinado pelo cálculo amostral, em virtude dos riscos da não localização do especialista, do não aceite do convite ou não retorno do instrumento preenchido.

5.2.2 Procedimento de coleta de dados

Após a seleção dos especialistas, foram emitidas cartas-convite para a participação deste estudo, por e-mail (APÊNDICE C). No primeiro contato, foi realizada a identificação do pesquisador, esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitada a indicação de outros enfermeiros com perfil de especialista, o que constituiu em uma amostragem tipo bola de neve. Após o aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e um questionário semiestruturado, formulado na etapa de Análise do Conceito, por e-mail ou correio, conforme preferência do especialista. Esta etapa ocorreu de janeiro a março de 2011.

O questionário semiestruturado foi composto de quatro partes (APÊNDICE E):

1) Apresentação e orientação sobre o estudo, bem como instruções para o preenchimento.

2) Dados de identificação do especialista, com questões referentes à experiência profissional em diagnósticos de enfermagem e/ou em aspiração respiratória e acidente vascular cerebral.

3) Título e definição do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, segundo a NANDA-I (NANDA, 2010) para comparar com as sugestões de modificações formuladas na etapa de Análise do Conceito, cujos especialistas apontaram a adequação ou não ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

4) Lista de fatores de risco propostos ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, com suas respectivas definições conceituais e as referências empíricas, para que os especialistas identificassem a pertinência de cada fator de risco.

Destaca-se que antes do envio do questionário semiestruturado aos especialistas, este foi submetido ao crivo de três juízes não pertencentes à amostra de especialistas, mas que utilizam a taxonomia da NANDA-I, NIC ou NOC, com a finalidade de avaliar o instrumento de coleta de dados dessa etapa quanto à clareza, à facilidade de leitura e à apresentação. As modificações sugeridas pelos juízes foram em relação apenas à apresentação das referências empíricas dos fatores de risco, a qual foi reformulada.

5.2.3 Organização e análise dos dados

Para a verificação da pertinência dos conceitos e das referências empíricas de cada fator de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral, foi elaborada uma escala Likert, semelhante à proposta por Fehring (1987), a qual classifica os referidos conceitos e referências empíricas em cinco níveis: 1 – nada pertinente; 2 - muito pouco pertinente; 3 - de algum modo pertinente; 4 – muito pertinente; 5 – muitíssimo pertinente. Tal classificação foi adotada no estudo de Chaves (2008).

Os dados foram compilados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados pelo pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. Para verificar a adequação do ajustamento das proporções de especialistas que concordaram com a pertinência de cada item avaliado (adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, conceitos e referências empíricas dos fatores de risco para aspiração), os itens foram agrupados de forma dicotômica, juntando as notas referentes aos itens da escala 1, 2 e 3, classificando o item como inadequado e 4 e 5 classificando o item como adequado. Para definição de tal adequação, foi aplicado o teste binomial para adequação do ajustamento, considerando uma proporção de 85% dos especialistas como concordantes. Considerou-se o nível de significância (p) de 5% para rejeitar a hipótese nula.

É importante destacar que para os fatores de risco que possuíam mais de uma referência empírica, considerou-se para a construção do instrumento final, aquelas que obtiveram um índice de proporção entre os especialistas acima de 85% ou pelo menos um índice de proporção maior dos que as outras. Além disso, cada sugestão fornecida pelo especialista foi criteriosamente analisada pela pesquisadora e orientadora, e aceita, se houvesse concordância entre ambas.

5.2.4 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número de protocolo 262/10. Foi garantido o direito ao anonimato dos especialistas, bem como a oportunidade de recusar a participação na pesquisa ou dela retirar-se, quando desejasse. Ademais, todos os especialistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3 Resultados e discussões da validação de especialistas

Conforme referido, foram convidados 57 especialistas para participarem desta etapa da pesquisa. Houve o retorno de 26 instrumentos (taxa de retorno de 45,6%), os quais compuseram a amostra final. Ressalte-se que 13 não responderam à carta-convite, dez não retornaram o instrumento dentro do prazo estabelecido (45 dias) e oito não aceitaram participar do estudo.

A taxa de retorno dos instrumentos preenchidos foi considerada elevada, tendo em vista que a maioria dos especialistas era de outras regiões e não possuíam contato com a pesquisadora. Os estudos de Chaves (2008) (revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual) e de Oliveira (2011) (revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão) também encontraram taxas de retorno semelhantes ao do estudo.

De acordo com as afirmações de Chaves, Carvalho e Rossi (2008) e Galdeano e Rossi (2006), nos estudos que envolvem validação de diagnósticos de enfermagem, um dos grandes problemas encontrados é a dificuldade de seleção de enfermeiros especialistas em uma determinada área de interesse do diagnóstico a ser validado, sobretudo respeitando os escores propostos por Fehring (1994). Tais autores atribuem como causa a escassa literatura referente à definição de especialista, como também a barreira relacionada à formação e ao aprimoramento profissional do enfermeiro ainda deficiente em muitos estados do país.

Ademais, segundo Vitor (2010), o rol de especialistas brasileiros em taxonomias de enfermagem é pequeno e pode encontrar-se saturado, ao apreciar diversas pesquisas ao mesmo tempo, diminuindo a aderência às pesquisas. Isso pode ser resultado da divulgação ineficaz dos especialistas existentes no país, sobretudo em terminologias de enfermagem. A autora ainda evidencia a necessidade da criação de bancos de especialistas ou aprimoramento das bases de currículos de pesquisadores no Brasil.

Entretanto, apesar das dificuldades apontadas para a seleção de enfermeiros especialistas, principalmente no Brasil, este estudo identificou uma quantidade considerável de especialistas na temática abordada, conforme Quadro 24.

Quadro 24 – Escore dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios adaptados do sistema de pontuação proposto por Fehring (1994).

Especialista	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Escore	7	9	8	9	6	8	5	5	11	7	11	10	6
Especialista	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Z	Y	W
Escore	7	9	6	11	7	9	6	7	6	6	5	8	12
Estatísticas	Média=7,73 DP*=2.05 Mínimo=5 Máximo=12												

* Desvio-padrão

Em relação aos escores adaptados do modelo de Fehring (1994), os especialistas do estudo obtiveram em média de 7,73 pontos (DP=2.05), com o mínimo de 5 pontos e o máximo de 12 pontos. Nenhum especialista obteve a pontuação máxima.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem realizados por Melo (2004) e Oliveira (2011). De acordo com Fehring (1994), além da titulação, é necessário que o especialista também tenha conhecimento sobre o diagnóstico em estudo, por meio de experiência clínica, publicações científicas e formação acadêmica. Ademais, acrescenta que quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da avaliação.

5.3.1 Caracterização dos especialistas

Na Tabela 3, expõe-se a caracterização dos especialistas que participaram deste estudo.

Tabela 3 – Dados referentes ao perfil dos especialistas (n = 26). Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	26	100
Masculino	0	0
Região de trabalho		
Sudeste	11	42,4
Nordeste	9	34,6
Centro-Oeste	5	19,2
Sul	1	3,8
Norte	0	0
Titulação		
Mestrado	15	57,7
Doutorado	11	42,3
Instituição de trabalho no último ano		
Instituição de ensino superior e Hospital	15	57,7
Instituição de ensino superior	9	34,6
Outros	2	7,6
Grupo de pesquisa sobre diagnóstico de enfermagem		
Sim	20	76,9
Não	6	23,1
Grupo de pesquisa sobre aspiração respiratória		
Sim	9	34,6
Não	17	65,4
Trabalhos sobre diagnóstico de enfermagem		
Sim	23	88,5
Não	3	11,5
Trabalhos sobre aspiração respiratória		
Sim	18	69,2
Não	8	30,8
Ensino sobre diagnóstico de enfermagem		
Sim	22	84,6
Não	4	15,4
Ensino sobre aspiração respiratória		
Sim	22	84,6
Não	4	15,4
Utilização de diagnóstico de enfermagem na prática		
Sim	26	100
Não	0	0
Assistência de enfermagem a paciente com acidente vascular cerebral e aspiração respiratória		
Sim	21	80,8
Não	5	19,2
	Média	DP
Idade	41,1	9,77
Tempo de formação profissional	18,3	9,97

Os especialistas eram do sexo feminino (100%), a maioria trabalhava na região Sudeste (42,4%), era mestre (57,7%) e exerceu suas atividades profissionais no último ano concomitantemente em instituições de ensino e hospitais (57,7%).

Vale ressaltar que foram captados especialistas em 13 cidades: São Paulo (7), Fortaleza (6), Rio de Janeiro (2), Belo Horizonte (2), Aracaju (1), Campos (1), Goiânia (1), Itajaí (1), Jataí (1), Rondonópolis (1), Salvador (1), Santos (1) e São Luís (1).

A média de idade dos especialistas foi de 41,1 anos (DP=9,77) e a média de tempo de formação profissional 18,3 anos (DP=9,97). A idade mínima encontrada foi 24 anos e a máxima 56 anos. O tempo mínimo de formação profissional observado entre os especialistas foi de dois anos e o máximo 32 anos.

Em relação às atividades de pesquisa, grande parte afirmou participar de grupos de pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem (76,9%) e desenvolver trabalhos acadêmicos relacionados aos diagnósticos de enfermagem (88,5%) e à aspiração respiratória (69,2%). Destaca-se também que a maior parte afirmou não integrar grupos de pesquisa sobre a temática aspiração respiratória (65,4%).

No tocante às atividades de ensino, a maioria dos enfermeiros tinha experiência tanto no ensino de diagnóstico de enfermagem (84,6%) como sobre aspiração respiratória (84,6%). A totalidade de especialistas relatou que utilizava diagnósticos de enfermagem na prática clínica e 80,8% referiram que já cuidaram de pacientes com acidente vascular cerebral e aspiração respiratória.

Concernente à prevalência do sexo feminino na amostra de especialistas deste estudo, outros trabalhos que validaram diagnósticos de enfermagem (CHAVES, 2008; OLIVEIRA, 2001; OLIVEIRA, 2011) e resultados de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* – NOC (VITOR, 2010) encontraram também alta prevalência de especialistas do sexo feminino. Segundo aduz Oliveira (2001), a predominância do sexo feminino deve-se ao fato de a Enfermagem ainda ser uma profissão essencialmente feminina.

Pertinente à região de trabalho dos especialistas, observou-se que a amostra representou várias regiões e cidades do país, mas com o predomínio das cidades das regiões Sudeste e Nordeste. De acordo com Chaves (2008), quanto maior o número de cidades incluídas, menor será o viés regional e cultural, uma vez que a falta de representatividade de várias regiões do país pode influenciar tendências regionais e culturais, o que representa uma limitação para os estudos que envolvem validação de sistemas de classificação da prática de enfermagem.

Apesar de este estudo obter a participação de especialistas de várias cidades brasileiras, observou-se predominância daqueles que exerciam as suas

atividades profissionais na cidade de São Paulo e Fortaleza. De acordo com Chaves, Carvalho e Rossi (2008), em um levantamento sobre o perfil de pesquisas que envolvem validação de diagnósticos de enfermagem, relatou-se que o Estado de São Paulo é o que possui maior envolvimento em pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem.

Todavia, não pode ser descartado o número também significativo de especialistas da cidade de Fortaleza. Apesar da autora deste trabalho exercer as suas atividades de pesquisa em Fortaleza, o que em si favoreceu o contato, é notório o crescimento de grupos de pesquisas que envolvem a temática de diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem aos pacientes com acidente vascular cerebral na cidade de Fortaleza, notadamente na Universidade Federal do Ceará.

Em relação à média de idade e ao tempo de formação profissional dos peritos, os dados encontrados foram semelhantes aos do estudo de Chaves (2008), o qual encontrou uma média de idade de 45 anos e uma média de 21 anos de experiência profissional. Conforme refere Oliveira (2001), o tempo de experiência profissional é uma importante característica para a identificação do perito, tendo em vista que para serem especialistas, os enfermeiros necessitam possuir vários anos de formação profissional. Assim, os resultados encontrados no estudo conferem à amostra de especialistas um perfil de qualidade.

O modelo proposto por Fehring (1994) prioriza mais as questões acadêmicas, considerando que a titulação acadêmica do especialista aumenta a credibilidade dos dados. Neste estudo, houve leve predominância de enfermeiros mestres em relação àqueles com o título acadêmico de doutor (vide Tabela 3).

Apesar de Fehring (1994) atribuir mais pontos às questões acadêmicas em relação à experiência profissional, é relevante ressaltar que aqueles que possuem maior tempo de vivência profissional, desde que acompanhada de cursos de atualização e formação complementar e do desenvolvimento de pesquisas, tornam-se profissionais mais aptos a participarem de estudos que abordem fenômenos de enfermagem relacionados à prática clínica. No estudo, ora elaborado, a maioria dos profissionais tinha experiência clínica em Unidade de Terapia Intensiva (61,5%) e já assistiram pacientes com acidente vascular cerebral e aspiração respiratória (80,8%).

Consoante Galdeano (2007), a experiência dos especialistas em campos de atuação específicos, especialmente no cuidado, é uma importante característica para o processo de validação do conteúdo diagnóstico, pois aumenta a fidedignidade dos resultados. Outrossim, conforme conclui pesquisa brasileira sobre critérios para seleção de especialistas, a experiência clínica e a especialização na área temática são importantes para os estudos de validação de conteúdo de componentes das terminologias de enfermagem (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Ou seja, sugere-se que a depender do diagnóstico, resultado ou intervenção de enfermagem a ser validado, o pesquisador observe e adapte os critérios estabelecidos por Fehring (1994), pois para alguns elementos citados anteriormente, é necessário que o especialista tenha vasta experiência clínica em determinadas áreas de atuação (exemplo: emergência, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico) em detrimento apenas de questões acadêmicas.

No tocante ao local de trabalho dos especialistas, grande parte referiu que exerce as suas atividades profissionais de forma concomitante em instituições de ensino superior e hospitais (vide Tabela 3). Este resultado difere dos achados de outros trabalhos que envolveram a validação de sistemas de classificação da prática de enfermagem (CHAVES, 2008; OLIVEIRA, 2001, VITOR, 2010), nos quais houve o predomínio de especialistas somente da área de ensino.

Entretanto, segundo Chaves (2008), é relevante a atuação do docente de enfermagem também nas áreas de assistência e pesquisa, tendo em vista que na maioria dos cursos de enfermagem brasileiros, o docente que ministra o conteúdo teórico é o mesmo que operacionalizará o cuidado de enfermagem.

Ainda, de acordo com o exposto na Tabela 3, a maioria dos especialistas atuava com os temas de diagnósticos de enfermagem e aspiração respiratória no ensino, na prática clínica e na pesquisa. Chamou atenção o fato de a maioria dos especialistas afirmar possuir trabalhos na área da aspiração respiratória, mas poucos participavam de grupos de pesquisa que envolviam esta temática. Diante disso, sugere-se a criação de grupos de pesquisa que abordem cuidados de enfermagem na área respiratória, especialmente considerando o tema de prevenção e controle da aspiração respiratória.

Conforme demonstrado na discussão dos dados relativos à caracterização dos especialistas participantes deste estudo, a amostra dessa etapa mostrou-se hábil

para avaliar o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. A seguir, estão expostos os resultados de tal avaliação.

5.3.2 Avaliação do título e conceito diagnóstico

Foram encaminhados para avaliação dos especialistas dois títulos diagnósticos e dois conceitos do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração. Tais títulos e conceitos foram provenientes da Análise do Conceito e da Taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2010).

Tabela 4 – Avaliação pelos especialistas dos títulos do diagnóstico Risco de aspiração. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Título Diagnóstico	N	%
Risco de aspiração (NANDA, 2010)	15	57,7
Risco de aspiração respiratória (Análise do conceito)	11	42,3

Conforme constatado na Tabela 4, houve pequena prevalência de especialistas que optaram pelo título diagnóstico apresentado pela Taxonomia II da NANDA-I (57,7%). Sabe-se que a palavra aspiração possui vários significados, mas alguns especialistas justificaram a escolha pelo título Risco de aspiração, em virtude de já estar claro no conceito que é respiratória.

Assim, ao analisar as opiniões e sugestões dos especialistas, optou-se pela escolha do título, proposto pela Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010): Risco de aspiração. A seguir, apresenta-se a avaliação dos especialistas no tocante ao conceito do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Tabela 5 – Avaliação pelos especialistas dos conceitos do diagnóstico Risco de Aspiração. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Conceito diagnóstico	N	%
Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas (NANDA, 2010).	20	76,9
Risco de penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior (Análise do conceito).	4	15,4
Sugestões de outros conceitos	2	7,7

De acordo com o demonstrado na Tabela 5, a maioria dos especialistas escolheu o conceito diagnóstico proposto pela Taxonomia II da NANDA – I. (NANDA, 2010). Alguns especialistas afirmaram não concordar com a definição 2 (derivada da Análise do Conceito), em razão do termo penetração. Um especialista mencionou que este termo possui uma conotação de sexo/sexualidade, assim, inadequado o emprego deste termo na definição do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Dois especialistas sugeriram outros conceitos diagnósticos, a saber:

- 1) Risco de penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos para o trato respiratório inferior;
- 2) Risco de aspiração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.

Conforme se observou nas definições, houve discussão entre os termos entrada, penetração e aspiração. Todavia, ao remeter à Análise do Conceito de Aspiração Respiratória, encontraram-se três atributos críticos essenciais para a compreensão deste conceito: Movimento, Objeto e Localização. Em relação ao Movimento, de acordo com o referido por Hammond e Goldstein (2006), os termos

penetração e aspiração são diferentes e para ocorrer a aspiração, é necessário, primeiramente, a penetração de um objeto da laringe para abaixo das cordas vocais.

Diante das discussões, sugestões e opiniões dos especialistas, bem como considerando também a Análise do Conceito realizada anteriormente, decidiu-se que este estudo adotaria a definição 2, construída da Análise de Conceito, substituindo o termo penetração por entrada.

Com isso, recomenda-se a adoção da seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem Risco de Aspiração:

O Risco de aspiração é o risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.

Adiante, será apresentada a pertinência de cada fator de risco, elaborado a partir da Análise de Conceito, em relação ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.

5.3.3 Adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral

Tabela 6- Avaliação dos especialistas sobre a adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de risco	Proporção	Valor p*
Disfagia	0,92	0,41
Depressão do nível de consciência	1	0,02
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	1	0,02
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	0,88	0,78
Presbifagia	0,69	0,04
Uso de tubos gastrintestinais	0,92	0,41

Presença de refluxo gastroesofágico	0,80	0,57
Imobilização	0,50	0,00002
Reflexo de vômito ausente	0,73	0,09
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	0,46	0,00004

Teste Binomial

De acordo com os dados apresentados na Tabela 6, os fatores de risco presbifagia, imobilização, reflexo de vômito ausente e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia obtiveram significativamente índices de proporção inferiores a 85% ($p < 0,05$), o que indica a necessidade de revisão destes fatores de risco.

Vale destacar que apesar de os fatores de risco depressão do nível de consciência e reflexo de tosse prejudicado ou ausente apresentarem no teste binomial valor $p = 0,02$ ($p < 0,05$), os índices de proporção entre os especialistas para estes dois fatores de risco foram superiores a 85%, rejeitando a hipótese estabelecida.

A seguir apresentam-se os índices de proporção de concordância entre os especialistas para os conceitos e referências empíricas (definições operacionais) construídos para cada fator de risco na Análise de Conceito.

5.3.4 Avaliação pelos especialistas dos conceitos e referências empíricas

Tabela 7 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Disfagia. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Disfagia	Probabilidade	Valor p
Conceito: dificuldade para deglutir	1	0,02
RE ^{**} (1): Dados sociodemográficos e história clínica: sexo, idade, presença de história de acidente vascular cerebral bilateral ou de tronco cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pneumonia, escarro, tabagismo, tosse associada à	0,76	0,26

ingestão de alimentos sólidos ou líquidos, regurgitação oral ou nasal de alimentos, perda de peso ou decréscimo da ingesta oral, desidratação, dificuldade para deglutir e necessidade de terapêutica dietética com o uso de tubos alimentares.

RE ^{**} (2): Anormalidades sensório-motoras da cavidade oral: anormalidades no fechamento labial, movimento da língua, elevação do palato, reflexo de vômito, qualidade da voz e função motora da fala.	0,84	1,0
RE ^{**} (3): Presença de dois ou mais dos seis sinais clínicos: disфонia, disartria, reflexo de vômito anormal, tosse voluntária anormal, tosse depois da deglutição e mudança da voz depois da deglutição.	0,84	1,0
RE ^{**} (4): Presença de dessaturação maior ou igual a 2% da média basal, durante a deglutição.	0,61	0,03
RE ^{**} (5): Anormalidades no Teste de Deglutição da Água: presença de anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laríngea durante a deglutição da água e tosse ou mudança da voz após a deglutição da água.	0,92	0,41
RE ^{**} (6): 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.	0,88	0,78

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Em relação ao conceito do fator de risco disfagia, houve significativamente valores de proporção entre os especialistas acima de 85% ($p=0,02$). O fator de risco disfagia pode ser avaliado de diversas maneiras e alguns estudos se preocuparam com a sensibilidade e especificidade de cada componente de avaliação, com vistas a determinar a melhor forma de aferir este fator de risco (McCULLOUGH; WERTZ; ROSENBEK, 2001; NISHIWAKI *et al.*, 2005; RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2003, 2006).

Este estudo colocou ao crivo dos especialistas todas as formas de avaliação da disfagia encontradas na literatura que pudessem ser mensuradas pelo profissional enfermeiro. Destas referências empíricas, apenas a referência 4

(dessaturação de oxigênio maior ou igual a 2% durante a deglutição) obteve uma proporção de concordância baixa entre os especialistas (61%).

Segundo Roffe (2001), apesar de a dessaturação de oxigênio maior ou igual a 2% durante a deglutição ser um método para avaliar a aspiração silenciosa, este teste possui uma baixa especificidade (39%), em virtude de diversas outras causas para a hipoxemia, além da aspiração, como: infecções pulmonares, instabilidade da hemodinâmica cardíaca, embolismo pulmonar e edema pulmonar.

Pesquisa realizada por Collins e Bakheit (1997) conclui que a oximetria de pulso detectou a aspiração na maioria dos pacientes disfágicos e pode ser utilizada em conjunto com a avaliação clínica da disfagia. Entretanto, há outros trabalhos que não encontraram esta correlação entre dessaturação e aspiração e, assim, é necessária cuidadosa interpretação dos resultados principalmente em pacientes idosos, fumantes e acometidos por doenças pulmonares crônicas.

Entre as demais referências empíricas avaliadas, destacaram-se, com índices de proporção maiores de 85%, as referências 5 (Anormalidades no Teste de Deglutição da Água – 92%) e 6 (Anormalidades no Teste de Deglutição da Saliva – 88%).

Tendo em vista estas considerações, este estudo considerou como referências empíricas para a avaliação do fator de risco disfagia em pacientes com acidente vascular cerebral, os Testes de Deglutição da Água e o Teste de Deglutição da Saliva. Ambos são testes simples, de baixo custo, podem ser realizados por enfermeiros e factíveis de aplicação em qualquer ambiente de cuidados.

De acordo com alguns autores, uma avaliação eficaz da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, disartria, alteração no reflexo de vômito, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe e alterações no teste de água. Esses testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e identificar os sintomas da disfagia. A avaliação clínica do profissional na beira do leito não pode ser muito extensa, mas deve ser capaz de identificar os pacientes potencialmente de risco para disfagia e aspiração respiratória, com vistas a atuar de forma pró-ativa nas possíveis complicações, como a pneumonia aspirativa (PADOVANI *et al.*, 2007).

O teste da deglutição da água apresenta como um dos pontos positivos o fato de que a aspiração de pequena quantidade de água é provavelmente segura, sendo relatada ausência de pneumonia em testes com animais (TOHARA *et al.*, 2003). Estudos demonstraram 70% de sensibilidade e 88% de especificidade para o teste da deglutição da água e 100% de sensibilidade e 71% de especificidade para o teste de água em conjunto com a monitoração da oximetria de pulso (LIM *et al.*, 2001; TOHARA *et al.*, 2003).

Tabela 8 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Depressão do nível de consciência. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Depressão do nível de consciência	Proporção	Valor p*
Conceito: diminuição da capacidade do indivíduo de reconhecer a si próprio e de responder aos estímulos ambientais.	0,96	0,16
RE** (1): Apresenta Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a 4.	0,84	1,0
RE** (2): Apresenta alterações no estado de orientação quanto à pessoa, ao tempo e ao lugar e na habilidade de obedecer a comandos simples.	0,76	0,26
RE** (3): Faz uso de medicamentos sedativos.	0,80	0,57

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Em relação ao conceito do fator de risco depressão do nível de consciência, houve significativamente um índice de proporção entre os especialistas de 85% (p=0,16). Todas as referências empíricas deste fator de risco colocadas para

a avaliação dos especialistas obtiveram significativamente valores proporção de 85%.

Apesar destes resultados, três especialistas realizaram sugestões pertinentes para potencializar as definições deste fator de risco. As sugestões foram:

1) substituir o termo depressão por alteração, pois algumas alterações do nível de consciência, como agitação psicomotora, podem motivar o paciente a desenvolver a aspiração;

2) acrescentar, na referência empírica 2, a avaliação da resposta do paciente aos estímulos algícos;

3) detalhar a escala de Nível de Funcionamento Cognitivo no instrumento;

4) substituir a Escala de Nível de Funcionamento Cognitivo pela Escala de Coma de Gasglow.

Compreende-se que a Escala de Coma de Gasglow é conhecida e amplamente utilizada nos hospitais brasileiros. Todavia, esta escala não apresenta o ponto de corte para a detecção da disfagia, como a Escala de Nível de Funcionamento Cognitivo. De acordo com o referido na Análise de Conceito, esta escala foi utilizada em vários estudos para a avaliação do nível de consciência, como também da disfagia. Segundo Falsetti *et al.* (2009), aqueles pacientes com Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a 4, são considerados disfágicos e com alto risco para aspiração respiratória.

Além disso, devido à impossibilidade da aplicação dos Testes de Deglutição da Água e da Saliva em pacientes em coma, a Escala de Nível de Funcionamento Cognitivo pode ser utilizada para a detecção da disfagia entre estes pacientes.

Em suma, considerando os valores de proporção entre os especialistas e as sugestões fornecidas, como também, a Análise do conceito realizada, este estudo considerou para a elaboração do instrumento final as três primeiras sugestões já descritas.

Tabela 9 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Reflexo de tosse prejudicado ou ausente. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	Proporção	Valor p*
Conceito: diminuição ou ausência de um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via aérea da aspiração traqueobrônquica e não está relacionado ao ato de beber e comer.	1	0,02
RE**(1): História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente	0,88	0,78

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Ao analisar os dados da Tabela 9, observou-se que o conceito do fator de risco reflexo de tosse prejudicado ou ausente obteve significativamente um índice de proporção superior a 85% ($p=0,02$). Já a referência empírica alcançou um valor de proporção de concordância entre os especialistas de 85% ($p=0,78$).

No tocante às sugestões dos especialistas para este fator de risco, duas sugeriram as seguintes modificações: 1) retirar a palavra história clínica da referência empírica; 2) acrescentar na referência empírica que a avaliação também pode ser realizada pelo profissional de saúde, ao observar a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente. Ressalta-se que estas sugestões foram acatadas, com o intuito de melhorar ainda mais a avaliação deste fator de risco.

O trabalho de Amaral, Cortês e Pires (2009) sobre pneumonia nosocomial em pacientes críticos revela que a boca sofre colonização contínua, apresentando a metade de toda microbiota presente no corpo humano. Acrescenta ainda que para o desenvolvimento da pneumonia aspirativa, é necessário que os micro-organismos alcancem o trato respiratório inferior e sejam capazes de vencer os mecanismos protetores das vias aéreas (reflexo de tosse, reflexo glótico e o sistema de transporte mucociliar) e o sistema imune, destacando que a diminuição ou ausência de reflexo de tosse é um fator de extrema importância para o desenvolvimento da microaspiração.

Tabela 10 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer). Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	Proporção	Valor p*
Conceito: doenças que comprometem, primariamente, o sistema nervoso central ou periférico, incluindo desordens do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e junção neuromuscular.	1	0,02
RE**(1): História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de alguma doença neurológica, como: trauma cerebral, acidente vascular cerebral ou doença de Alzheimer.	0,88	0,78
RE**(2): 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.	0,84	1

* Teste Binomial; **Referência empírica

O conceito do fator de risco desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer) obteve um índice de proporção de concordância entre os especialistas acima de 85% ($p=0,02$). Além disso, ambas as referências empíricas alcançaram valores de proporção de 85%.

Apesar de o conceito apresentar um valor alto de proporção de concordância entre os especialistas do estudo, duas especialistas sugeriram a substituição do termo doenças por situações, tendo em vista que traumas cerebrais podem também ser ocasionados por acidentes por veículos automotores, ferimentos proferidos por arma de fogo, quedas etc. Com base nisso, no conceito deste fator de risco perpassou pela modificação do termo doenças por situações.

Tabela 11- Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Presbifagia. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Presbifagia	Proporção	Valor p*
Conceito: mudanças do mecanismo da deglutição com a idade.	0,73	0,09
RE**(1): Possui idade igual ou superior a 60 anos	0,46	0,000004

* Teste Binomial; **Referência empírica

Determinados pesquisadores conceituam a presbifagia como as modificações/alterações na condução do bolo alimentar nos indivíduos saudáveis que vivenciam a fase do envelhecimento e que as principais modificações da deglutição no idoso são: alterações na fase preparatória e na fase oral, aumento de tecido conjuntivo na língua, perda de dentição, redução da força de mastigação e do prolongamento da fase orofaríngea, redução do grau de elevação anterior da laringe e maior duração da fase esofágica (MARCOLINO *et al.*, 2009).

A referência empírica do fator de risco presbifagia apresentou baixo valor de proporção entre os especialistas (0,46). Para solucionar este problema e melhorar a avaliação operacional deste fator de risco, foram acatadas as sugestões de modificação da sua referência empírica.

Vários especialistas questionaram sobre a idade, já que não é o único marcador para a presbifagia, pois nem todas as pessoas acima de 60 anos possuem mudanças da deglutição. Ao analisar tais sugestões, a referência empírica do fator de risco presbifagia constituiu-se em: relato do paciente ou do acompanhante sobre a percepção de alguma mudança da deglutição com o avançar da idade.

Tabela 12 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Uso de tubos gastrintestinais. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Uso de tubos gastrintestinais	Proporção	Valor p*
Conceito: utilização de métodos artificiais para alimentação enteral, como sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.	0,92	0,41
RE**(1): História clínica: apresenta história atual ou anterior de uso de tubos gastrintestinais, como: sonda nasogástrica, gastrostomia	0,92	0,41

e jejunostomia.

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Conforme os dados apresentados na Tabela 12, o conceito e a referência empírica do fator de risco uso de tubos gastrintestinais obtiveram significativamente índices de proporção de 85% ($p=0,41$). Todavia, foram realizadas várias sugestões pertinentes pelos especialistas, em relação ao conceito e à referência empírica.

As sugestões foram: 1) retirar do conceito e da referência empírica os termos gastrostomia e jejunostomia, pois estes procedimentos não resultam na aspiração respiratória; 2) acrescentar no conceito o termo administração de medicamentos, pois a sondagem nasogástrica é um meio de administração de dieta como também de medicamentos e ambos podem ocasionar a aspiração respiratória; 3) retirar a palavra história da referência empírica, pois o que implica em risco é o uso atual de sondagem nasogástrica para alimentação e para a administração de medicamentos.

Taylor (2008), ao citar as pesquisas realizadas por Fox *et al.* (1995), Hassett, Sunby e Flint (1988), Heyland *et al.* (2001), afirma que os resultados destes trabalhos concluem que pacientes em uso de gastrostomia e jejunostomia possuem índices consideráveis de pneumonia aspirativa, principalmente entre aqueles que possuem comprometimento neurológico e refluxo gastroesofágico.

Assim, por existir evidências na literatura de que a presença de gastrostomia e jejunostomia predispõe o paciente ao risco de aspiração, este trabalho aceitou para a elaboração do instrumento final desta etapa, apenas a segunda e terceira sugestões realizadas pelos especialistas.

Tabela 13 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Presença de refluxo gastroesofágico. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Presença de refluxo gastroesofágico	Proporção	Valor p*
Conceito: refluxo de conteúdo alimentar presente no estômago para o esôfago.	0,80	0,57
RE**(1): História clínica: apresenta história atual de refluxo gastroesofágico.	0,96	0,16

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Segundo os resultados expostos na Tabela 13, o conceito e a referência empírica do fator de risco presença de refluxo gastroesofágico obtiveram valores de proporção de concordância entre os especialistas de 85%. Houve apenas uma única sugestão de especialista sobre a retirada da palavra história clínica da referência empírica, a qual foi considerada.

Pesquisa que buscou avaliar as principais queixas de pacientes que apresentam o refluxo gastroesofágico encontrou que 11% da amostra apresentavam disfagia e risco de aspiração. Todavia, nos grupos de pacientes que possuíam refluxo gastroesofágico moderado e severo, esta prevalência foi de 30% (BURATI *et al.*, 2003). Ademais, ressaltam que a presença de disfagia e odinofagia ocorre por meio de três mecanismos: irritação direta das estruturas laringofaríngeas, desconforto cervical secundário à disfunção esofágica e disfunção do esfíncter superior do esôfago (BURATI *et al.*, 2003).

Tabela 14 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Imobilização. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Imobilização	Proporção	Valor p*
Conceito: limitação do movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	0,84	1,0
RE**(1): Presença de prejuízo motor severo determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom.	0,80	0,57
RE**(2): Apresenta confinamento em uma cadeira de rodas ou na cama, definido como a incapacidade para andar, mesmo com o apoio de um ajudante.	0,80	0,57

* Teste Binomial; **Referência empírica

A despeito dos dados mostrados na Tabela 6, no qual o fator de risco imobilização foi avaliado pelos especialistas como inadequado ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, o conceito ($p=1$), as referências empíricas ($p=0,57$, cada uma) deste fator de risco obtiveram significativos valores de proporção de concordância de 85%.

Houve questionamentos deste fator de risco pelos especialistas. Um dos pontos principais dos questionamentos foi em relação ao termo imobilização, pois, segundo as especialistas, o termo mais adequado seria mobilidade corporal diminuída. Além disso, solicitaram que fosse detalhada, na referência empírica 1, a Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom. Ressalta-se que todas as sugestões foram consideradas com o escopo de melhorar o título e a referência empírica do fator de risco imobilização.

Outrossim, aponta-se que já foi demonstrado na Análise de Conceito a existência de relação entre a mobilidade corporal diminuída e o risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.

Tabela 15- Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Reflexo de vômito ausente. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Reflexo de vômito ausente	Proporção	Valor p[*]
Conceito: ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral.	0,88	0,78
RE ^{**} (1): ausência ou diminuição de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.	0,96	0,16

* Teste Binomial; ** Referência empírica

Semelhante ao fator de risco imobilidade, o reflexo de vômito ausente foi avaliado pelos especialistas como inadequado ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (vide Tabela 6). Todavia, tanto o conceito ($p=0,78$) como a referência empírica ($p=0,16$) deste fator de risco obtiveram índices de proporção de 85%.

Assim, conforme já demonstrado, o reflexo de vômito é um mecanismo protetor das vias aéreas e quando ausente ou diminuído predispõe o paciente ao risco de aspiração respiratória, configurando-se como um importante fator de risco.

Quanto às sugestões dos especialistas, estas foram relacionadas ao acréscimo no título da palavra diminuído, pois a diminuição do reflexo de vômito também predispõe o paciente ao risco de aspiração e à descrição do conceito, do estímulo empregado pelo profissional de saúde para a detecção da ausência ou diminuição da contração faríngea. Ambas as sugestões foram acatadas.

Tabela 16 - Avaliação dos especialistas sobre o conceito e as referências empíricas do fator de risco Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	Proporção	Valor p*
Conceito: métodos diagnósticos de invasão do trato aerodigestivo.	0,76	0,26
RE**(1): História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a realização de exames, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia.	0,65	0,01

* Teste Binomial; ** Referência empírica

De acordo com achados da Tabela 16, o conceito de procedimentos invasivos, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia, obteve significativamente valor de proporção de 85% ($p=0,26$). Diferente do conceito, a referência empírica apresentou uma proporção menor de 85% entre os especialistas ($p=0,01$). Ressalta-se que a adequação deste fator de risco ao diagnóstico Risco de aspiração também foi baixa (Tabela 6).

Dentre as sugestões de vários especialistas com vistas a melhorar a operacionalização deste fator de risco, destaca-se a retirada da expressão história clínica da referência empírica, pois o risco ocorre quando o paciente está sendo submetido a estes exames. Assim, com base nisso, esta sugestão foi aceita.

Ressalta-se também que a literatura demonstrou (Análise de Conceito) que apesar da videofluoroscopia ser o método padrão-ouro para a detecção da aspiração, se esta não for realizada com as devidas precauções, contribui para que o paciente, durante o exame, seja acometido pela aspiração respiratória.

Por fim, serão apresentadas adiante as indicações dos especialistas para o acréscimo no instrumento de outros fatores de risco relacionados à aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Destaca-se que nenhum especialista sugeriu a retirada de qualquer fator de risco proposto.

5.3.5 Inclusão de novos fatores de risco

As indicações de inclusão de novos fatores de risco apontadas pelos especialistas foram: uso de tubos endotraqueais/traqueostomia (8 especialistas); paciente com cabeceira baixa (3); resíduo gástrico aumentado (3); traumas de face, pescoço e boca (3); sedação (2); fenda palatina (1); queda da língua (1) e imobilização dentária (1).

Os usos de tubos endotraqueais e da traqueostomia foram justificados pelos especialistas como fatores de risco para aspiração respiratória, pelos seguintes motivos: o uso de tubos endotraqueais mantém a glote aberta, permitindo a entrada de saliva para as vias aéreas, a qual a produção se eleva devido ao próprio procedimento; a manutenção da glote aberta contribui, ainda, para a diminuição do reflexo da tosse, limitando a expulsão de corpos estranhos das vias aéreas; a presença do tubo endotraqueal em contato com os cílios traqueais inviabiliza o funcionamento eficaz de limpeza e auxílio na expulsão de corpos estranhos; o escape de ar do balonete do tubo endotraqueal ocasiona pontos de acesso entre o balonete e a traquéia, levando a microbroncoaspiração. Em relação à traqueostomia, a sua inserção intratraqueal dificulta a elevação da traquéia e, posteriormente, da laringe, diminuindo o tracionamento da glote e das cordas vocais durante a deglutição.

Esses motivos fornecidos por diversos especialistas participantes deste estudo foram confirmados por vários autores. Para Toufen Júnior, Camargo e Carvalho (2007), as alterações na dinâmica da deglutição secundárias à intubação prolongada geralmente são multifatoriais, associando-se à redução na propriocepção por lesões da mucosa laríngea, atrofia muscular associada ao não uso da musculatura da língua, faringe e laringe (órgãos fonoarticulatórios) na intubação, incoordenação respiração/deglutição, diminuição do reflexo de proteção das vias aéreas inferiores (tosse e vômito) e efeito residual de narcóticos e bloqueadores neuromusculares. Estas alterações iniciam-se dois a sete dias após a intubação traqueal, podendo assumir formas graves, predispondo o paciente a microaspirações e ao desenvolvimento da pneumonia aspirativa.

De acordo com Amaral, Pires e Cortês (2009), a via principal para a entrada de microrganismos no trato respiratório inferior consiste na aspiração de

secreção da orofaringe e, nos casos de pacientes intubados, da secreção que se acumula acima do balonete do tubo. No caso de o paciente internado na UTI necessitar de ventilação mecânica, a presença do tubo orotraqueal impede que ele feche a boca, o que propicia o ressecamento oral, aumento do contato com o ambiente e favorecimento ainda mais da colonização. O tubo orotraqueal e a ventilação mecânica invasiva aumentam o risco de pneumonia aspirativa em 6 a 21 vezes.

Segundo os especialistas, a cabeceira do leito baixa contribui para o risco de aspiração respiratória. De acordo com as Diretrizes sobre Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, é recomendado manter a cabeceira do leito elevada (35° ou 45°) nos pacientes em uso de tubos endotraqueais e sondas nasoentéricas, pois posicionamento baixo da cabeça eleva ainda mais o risco de broncoaspiração relacionado ao uso destes procedimentos (SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006).

É oportuno salientar que a presença de tubos endotraqueais e de traqueostomia são fatores de risco listados pela Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010) para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração. Entretanto, o fator de risco presença de cabeceira do leito baixa não está contemplado na referida Taxonomia.

Apesar da vinculação entre os fatores de risco fenda palatina, imobilização dentária e traumas de face, pescoço e boca com a aspiração respiratória, estes não estão diretamente relacionados ao acidente vascular cerebral e por isso não serão acrescentados no instrumento. Ressalta-se também que os fatores de risco resíduo gástrico aumentado, sedação e queda da língua já estão contemplados nos fatores de risco presença de refluxo gastroesofágico, depressão do nível de consciência e desordens neurológicas, respectivamente.

Diante do exposto e por terem relação ao tratamento do acidente vascular cerebral, foram acrescentados no instrumento os fatores de risco uso de tubos endotraqueais/traqueostomia e presença de cabeceira do leito baixa.

Destarte, após a avaliação dos conceitos e das referências empíricas pelos especialistas, houve a readequação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral, obtendo-se o seguinte produto final das duas fases da validação.

Quadro 25 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, após a validação dos especialistas. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Risco de Aspiração: risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Fator de risco	Conceito	Referência empírica
Disfagia	Dificuldade para deglutir.	<p>Apresenta anormalidades no Teste de Deglutição da Água: presença de anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laríngea durante a deglutição da água e tosse ou mudança da voz após a deglutição da água.</p> <p>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.</p>
Alteração do nível de consciência	Redução ou ausência da capacidade do indivíduo de reconhecer a si próprio e de responder aos estímulos ambientais.	<p>Apresenta Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a quatro (escala anexa ao instrumento).</p> <p>Apresenta alterações no estado de orientação quanto à pessoa, ao tempo e lugar e na habilidade para obedecer a comandos simples. Resposta diminuída ou ausente aos estímulos algícos.</p> <p>Faz uso de medicamentos sedativos.</p>
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	Diminuição ou ausência de um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via aérea da aspiração traqueobrônquica e não está relacionado ao ato de beber e comer.	Relato do paciente/acompanhante ou a observação do profissional de saúde sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente.
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	Situações que comprometem, primariamente, o sistema nervoso central ou periférico, incluindo desordens do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e junção neuromuscular.	<p>Relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de alguma doença neurológica, como: trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer.</p> <p>Determinação da severidade do acidente vascular cerebral:</p>

		avaliação, por meio de exames de neuroimagem (ex. tomografia de crânio), quanto ao tipo, ao lado e à localização da lesão vascular.
Presbifagia	Mudanças do mecanismo da deglutição com a idade.	Relato do paciente ou do acompanhante sobre a percepção de alguma mudança da deglutição com o avançar da idade.
Uso de tubos gastrintestinais	Utilização de métodos artificiais para alimentação enteral e administração de medicamentos, como sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.	Usa tubos gastrintestinais, como: sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, para alimentação e/ou administração de medicamentos.
Presença de refluxo gastroesofágico	Refluxo de conteúdo alimentar presente no estômago para o esôfago.	Relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de refluxo gastroesofágico.
Mobilidade Corporal Diminuída	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Presença de prejuízo motor severo determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom (escala anexa ao instrumento). 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	Diminuição ou ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral, em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.	Verificar a diminuição ou ausência de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	Métodos diagnósticos de invasão do trato aerodigestivo.	Constatar que o paciente está sendo submetido aos procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia.
Uso de tubos endotraqueais/traqueostomia	Métodos artificiais para recuperar ou manter os processos de ventilação pulmonar, como tubos endotraqueais e traqueostomia.	Usa tubos endotraqueais/traqueostomia.
Cabeceira do leito baixa	Cabeceira da cama do paciente posicionada em um ângulo inferior a 35°, em relação ao estrado.	Observar se o ângulo da cabeceira da cama do paciente é inferior a 35° em relação ao estrado.

6 VALIDAÇÃO CLÍNICA

6.1 Objetivos específicos da validação clínica

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral;
- Identificar a prevalência da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral;
- Estimar a associação entre os fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral e a aspiração respiratória;
- Avaliar a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.

6.2 Materiais e métodos da validação clínica

6.2.1 Natureza da etapa

Por se tratar de um estudo de validação de diagnóstico de enfermagem de risco, considerou-se como melhor delineamento o estudo de coorte prospectivo. No estudo de coorte prospectivo, um grupo de sujeitos é acompanhado ao longo do tempo com a finalidade principal de descrição da incidência de desfechos e análise das associações entre as variáveis preditoras e os desfechos (HULLEY *et al.*, 2008). Destaca-se que neste estudo, as variáveis preditoras foram os fatores de risco para aspiração respiratória e a variável de desfecho foi a aspiração respiratória.

6.2.2 Local do estudo

O campo para a coleta de dados foi a Unidade de Acidente Vascular Cerebral, localizada em um hospital geral, público e de nível terciário, situado em Fortaleza/Ceará/Brasil. A instituição foi selecionada por ser referência no tratamento de pacientes com acidente vascular cerebral para a região Nordeste.

A Unidade de Acidente Vascular Cerebral foi criada em 2009 e dispunha de 22 leitos. A equipe desta unidade, por plantão de 12 horas, era composta por quatro enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, um médico clínico, um médico neurologista e um fisioterapeuta.

Nessa instituição hospitalar, a média de atendimentos por acidente vascular cerebral era de cerca de oito pacientes por dia. Segundo dados da instituição, o número total de atendimentos realizados no ano de 2010 foi 2.700. As taxas de permanência hospitalar destes pacientes variavam de acordo com a localização e a gravidade da lesão cerebral.

6.2.3 População e amostra

A população foi composta por pacientes com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral e que estivessem internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral. O grupo participante deste estudo foi formado por 24 pacientes.

Os critérios para inclusão dos pacientes no grupo de acompanhamento foram: a) ter idade acima de 18 anos; b) ter o diagnóstico médico de acidente vascular cerebral; c) estar na fase aguda da doença (até 72 horas do início dos primeiros sintomas); d) apresentar o nível de consciência alerta e ser capaz de obedecer aos comandos; e) estar internado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral. Aqueles que apresentarem na primeira avaliação (no início do acompanhamento) a aspiração respiratória ou complicações decorrentes desta, como pneumonia aspirativa, pneumonite, obstrução da via aérea e embolismo pulmonar, assim como aqueles que apresentaram, no momento da coleta de dados, alguma instabilidade clínica com risco de morte, foram excluídos.

A amostra foi selecionada por conveniência. Os pacientes foram alocados no estudo quando admitidos na Unidade de Acidente Vascular Cerebral e avaliados em um segundo momento, após 48 horas da primeira avaliação. Ou seja, foi realizada a primeira avaliação com o paciente na fase aguda da doença e a segunda avaliação após 48 horas da primeira (até 5 dias do início dos sintomas). Este tempo foi estabelecido de acordo com as recomendações de Falsetti *et al.* (2009), Summers *et al.* (2009) e Trapl *et al.* (2007), os quais afirmam que a aspiração respiratória é uma condição clínica que ocorre em até cinco dias do início dos primeiros sinais e sintomas do acidente vascular cerebral.

Como critérios de descontinuidade estabeleceram-se: a) pacientes transferidos para outras instituições de saúde ou domicílio; b) pacientes que, no momento da coleta de dados, apresentaram instabilidade clínica com risco de morte.

6.2.4 Variáveis do estudo e instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados que foi utilizado na etapa de validação clínica foi construído na Análise de Conceito e validado por especialistas. Tal instrumento continha as seguintes variáveis e encontra-se apresentado no Apêndice F:

1) Variáveis sociodemográficas

Sexo: categorizado em masculino e feminino;

Idade: declarada pelo paciente ou acompanhante, a partir da data de nascimento, sendo expressa em anos completos;

Procedência: declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em: Fortaleza, outras cidades do estado do Ceará e outros Estados.

Estado civil: declarado pelo paciente ou acompanhante, categorizado em: vive com companheiro e vive sem companheiro;

Escolaridade: declarada pelo paciente ou acompanhante, a partir da alfabetização, sendo expressa em anos completos de estudo;

Renda familiar: declarada pelo paciente ou acompanhante, considerando o total de salários mínimos dos membros que moravam no domicílio com o paciente. O valor de um salário mínimo foi igual a 545,00 reais, valor vigente na época da realização do estudo;

Ocupação: declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em: funcionário público, funcionário privado, autônomo, do lar, estudante, aposentado e desempregado.

2) Variáveis clínicas

Tipo de acidente vascular cerebral: observado no prontuário e categorizado em: acidente vascular cerebral isquêmico, acidente vascular cerebral hemorrágico e não esclarecido.

Número de episódios de acidente vascular cerebral: declarado pelo paciente ou acompanhante, relacionado ao número de vezes que o paciente teve

como diagnóstico médico um episódio de acidente vascular cerebral, expresso em unidades e categorizado em: primeiro episódio e dois ou mais episódios.

Comorbidades: declarada pelo paciente ou acompanhante, considerada a presença de outras doenças, além do acidente vascular cerebral, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, hipercolesterolemia, doenças renais e doenças pulmonares.

Hábito de fumar: declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizado em: não, sim e parou de fumar. Como não, foram categorizados os pacientes que nunca tiveram o hábito de fumar. Sim significava que até o momento da ocorrência do acidente vascular cerebral atual o paciente fumava, sendo necessário relacionar o número de cigarros em 24 horas, expresso em unidades e o tempo de tabagismo em anos completos. Caso tenha interrompido o hábito de fumar antes do episódio atual da doença, relacionar o número de cigarros em 24 horas, expresso em unidades e o tempo correspondente ao período que o paciente fumou, em anos completos.

Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas: declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizada em sim ou não. Como não, foram categorizados os pacientes que nunca ingeriram bebidas alcoólicas nos últimos dez anos. Se sim, significava que o paciente mantinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas nos últimos dez anos, independente da quantidade, tipo de bebida e frequência de consumo. Deve ser esclarecida a frequência da ingestão da bebida alcoólica, expressa em números de dia da semana e a quantidade, mensurada em mililitro.

Hábito de realização de atividade física: declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizado em sim ou não. A categoria sim inclui a realização de exercícios físicos, por pelo menos 30 minutos, em cinco dias ou mais por semana.

3) Variáveis preditoras (fatores de risco para aspiração)

Conforme referido, as variáveis preditoras referem-se aos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral, elaboradas na etapa de Análise de Conceito e validadas pelos especialistas. Destaca-se que pela impossibilidade de avaliar o desfecho da aspiração respiratória em pacientes com nível diminuído de consciência, não foram abordados na etapa de Validação

Clínica os fatores de risco alteração do nível de consciência e uso de tubos orotraqueais/traqueostomia.

Disfagia: avaliada por meio dos Testes de Deglutição da Água e Teste de Deglutição da Saliva. O fator de risco estará evidente quando houver a presença de anormalidades, em pelo menos um dos dois testes.

Reflexo de tosse prejudicado ou ausente: declarado pelo paciente ou acompanhante ou observado pelo profissional de saúde sobre a diminuição ou ausência do mecanismo de tosse. Quando houver uma destas alterações, o fator de risco estará presente.

Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer): declarado pelo paciente ou acompanhante sobre a ocorrência de alguma doença neurológica, além do acidente vascular cerebral, como trauma cerebral e doença de Alzheimer. A severidade do acidente vascular cerebral será obtida por meio da leitura da tomografia de crânio, identificando o tipo (hemorrágico), o lado (bilateral) e a localização da lesão vascular (ponte). Este fator de risco estará listado, quando um destes itens estiver presente.

Presbifagia: declarada pelo paciente ou acompanhante a informação sobre a percepção de alguma mudança da deglutição com o avançar da idade. Se sim, o fator de risco será considerado presente.

Uso de tubos gastrintestinais: observado pelo profissional de saúde pela utilização de sonda nasogástrica, jejunostomia ou gastrostomia pelo paciente. Se o paciente utiliza um destes três dispositivos, o fator de risco será considerado presente.

Presença de refluxo gastroesofágico: declarada pelo paciente ou acompanhante. Se sim, o fator de risco será avaliado como presente.

Mobilidade corporal diminuída: avaliada por meio de duas referências empíricas: presença de prejuízo motor severo determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom e a observação de confinamento em cadeira de rodas ou na cama. Se uma destas referências empíricas for apresentada pelo paciente, este fator de risco será considerado presente.

Reflexo de vômito diminuído ou ausente: avaliado por meio de estimulação tátil na região posterior da faringe. Na condição de diminuição ou ausência de contração faríngea em resposta a este estímulo, o fator de risco estará presente.

Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia: obtido por meio da observação ou leitura do prontuário, se no momento da coleta de dados, o paciente está sendo submetido a estes exames. Se positivo, este fator de risco é considerado presente.

Cabeceira do leito baixa: observado pelo profissional de saúde. Se o ângulo da cabeceira da cama for inferior a 35° em relação ao estrado, esta variável estará presente.

4) Variável de desfecho

De acordo com o referido anteriormente, a variável de desfecho deste estudo foi a aspiração respiratória. O padrão-ouro para a avaliação da aspiração respiratória foi a videofluoroscopia. Em virtude da ausência de pessoal especializado, bem como do equipamento necessário à realização do exame, o estudo adotou os sinais clínicos propostos por Daniels *et al.* (1998; 2000). Os sinais clínicos estão apresentados no Quadro 8 e ressalta-se que, conforme já informado, a presença de dois ou mais dos seis sinais clínicos, indica que a condição de aspiração respiratória encontra-se presente.

6.2.5 Operacionalização da coleta de dados

Os dados foram coletados de junho a agosto de 2011, pela pesquisadora do estudo. Inicialmente, após a identificação do paciente, foram apresentados a ele e/ou ao acompanhante os objetivos da pesquisa.

Após a concordância documentada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma avaliação preliminar da presença ou não da condição da aspiração respiratória ou das complicações decorrentes desta (pneumonia aspirativa, pneumonite, obstrução da via aérea e embolismo pulmonar). Estes dados foram obtidos por meio de exame físico e consulta ao prontuário.

Depois desta avaliação preliminar, aqueles que cumpriram todos os critérios de inclusão foram examinados quanto às variáveis sociodemográficas,

clínicas e preditoras (fatores de risco), utilizando os métodos de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Decorridas 48 horas da primeira avaliação, foi realizado um segundo contato com o paciente, pela pesquisadora do estudo, tendo como objetivo a identificação da aspiração respiratória. Conforme referido, esta segunda avaliação foi realizada por meio do exame dos seis sinais clínicos propostos por Daniels *et al.* (1998; 2000).

A inferência quanto à presença do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração nos pacientes avaliados pela pesquisadora foi realizada por uma especialista, a qual atendeu aos critérios do sistema de pontuação proposto por Fehring (1994), apresentados no Quadro 23. Após a primeira avaliação, a especialista recebeu um resumo do caso de cada paciente, explicitando os seus dados sócio-demográficos, as suas variáveis clínicas e os fatores de risco para aspiração respiratória presentes. A especialista foi cegada quanto à presença ou ausência do desfecho (aspiração respiratória).

6.2.6 Análise dos dados

Para a construção das planilhas de dados, utilizou-se o *Software Excel* 2007 e a análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central e de dispersão. Para a verificação da normalidade/simetria dos dados numéricos, usou-se o Teste de Shapiro-Wilks.

Na análise de associação dos dados nominais, foi utilizado teste binomial. Para verificar a magnitude da associação, foi utilizada a Razão de Chance (RC).

Na análise da acurácia dos fatores de risco para aspiração respiratória, frente ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, foram utilizados os testes de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A sensibilidade diz respeito à capacidade para detectar a presença do diagnóstico, em estudo, na presença de certo fator de risco. Enquanto isso, a especificidade se refere à capacidade para detectar a ausência do diagnóstico, em estudo, na ausência de certo fator de risco. O valor preditivo indica a probabilidade da ocorrência do diagnóstico, em estudo, na presença de certo fator de risco (valor

preditivo positivo), bem como a probabilidade da ausência do diagnóstico, em estudo, na ausência de certo fator de risco (valor preditivo negativo) (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005).

6.2.7 Aspectos éticos

Em atenção às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o estudo foi avaliado e aprovado para implementação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (ANEXO B). Ademais, o estudo também foi aprovado pela chefia de enfermagem da Unidade de Acidente Vascular Cerebral.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido seu anonimato.

No levantamento de dados dos pacientes com acidente vascular cerebral, principalmente durante o exame físico, os princípios bioéticos (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia) foram rigorosamente respeitados. Conforme exigido, foi assegurado a todos os pacientes e aos familiares que a coleta de dados não lhes causaria danos, assim como visaria maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos (princípio da beneficência e não-maleficência) (OLIVEIRA, 2007).

Foi também propiciada a oportunidade aos pacientes ou aos seus familiares de decidir quanto à participação e à continuação no estudo, como também de retirar-se deste se assim o desejasse (princípio da autonomia) (OLIVEIRA, 2007). É válido ressaltar que todos os pacientes foram tratados igualmente, considerando as diferenças existentes (princípio da justiça) (OLIVEIRA, 2007).

6.2.8 Financiamento do estudo

O financiamento para a execução do projeto foi proveniente da autora do estudo, sendo de sua inteira responsabilidade a provisão de recursos e execução do projeto.

6.3 Resultados e Discussões da validação clínica

Foram acompanhados 24 pacientes com acidente vascular cerebral. A seguir expõe-se o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes avaliados.

Tabela 17 – Caracterização dos dados sociodemográficos de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N					
Sexo						
Masculino	14	58,3				
Feminino	10	41,7				
Total	24	100,0				
Situação civil						
Com companheiro	18	75,0				
Sem companheiro	6	25,0				
Total	24	100,0				
Procedência						
Capital	15	62,5				
Interior	9	37,5				
Total	24	100,0				
Ocupação						
Aposentado	12	50,0				
Autônomo	6	25,0				
Funcionário privado	3	12,5				
Desempregado	2	8,30				
Do lar	1	4,20				
Total	24	100,0				
	Média	DP ¹	Mediana	P25 ²	P75 ³	Valor p ⁴
Idade	63,17	13,34	62,0	49,0	75,0	0,097
Escolaridade	4,63	4,18	4,50	0,0	8,0	0,001
Renda familiar (salário)	1,69	1,020	1,0	1,0	2,0	0,000

¹DP - Desvio Padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴Teste Shapiro-Wilks

Conforme demonstrado na Tabela 17, a maioria dos pacientes com acidente vascular cerebral era do sexo masculino (58,3%), vivia com companheiro

(75%), era procedente da capital do Estado do Ceará (62,5%) e aposentado (50%). Os pacientes apresentaram uma média de idade de 63,17 anos (DP=13,34). Destaca-se que 25% da amostra tinham idade até 49 anos.

No tocante à escolaridade e à renda familiar, estas variáveis apresentaram distribuição assimétrica no grupo avaliado ($p < 0,05$). Os indivíduos estudaram medianamente 4,50 anos e tinham renda familiar mediana de um salário mínimo.

No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do sistema cardiovascular vêm apresentando crescente importância, mesmo entre adultos jovens, assumindo o patamar de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos e persistindo como um dos principais fatores de morbimortalidade nas faixas etárias subsequentes. Entre as doenças cardiovasculares que afetam os brasileiros, predominam a doença cerebrovascular aguda, o infarto agudo do miocárdio e as complicações da hipertensão arterial (FALCÃO *et al.*, 2004). Em 2004, o número de óbitos por doenças cardiovasculares foi de aproximadamente 280.000, dos quais 31,8% estão relacionados às doenças cerebrovasculares e 30,4% às doenças isquêmicas cardíacas (BRASIL, 2006).

Segundo o Relatório sobre a Situação de Saúde no Estado do Ceará, publicado em 2011 (SESA, 2011), ao analisar as três primeiras causas de mortalidade em 2009, observou-se que as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de óbito, responsável por 30,2% (13.333) do total de óbitos, concentrou-se na faixa de idosos, 82% (10.891), em ambos os sexos. O grupamento das doenças cerebrovasculares foi responsável pelo maior número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, seguido por doenças isquêmicas do coração e doenças hipertensivas, em ambos os sexos.

Assim, consoante às afirmações de Lotufo (2005) e Neves *et al.* (2002), a mortalidade por acidente vascular cerebral é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como a Norte, a Nordeste e a Centro-Oeste, e, em grande parte, a ocorrência dessa elevada mortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis, tornando indispensável analisar os fatores sociodemográficos presentes nos pacientes avaliados no estudo então elaborado.

Em relação à variável sexo, os homens estiveram mais presentes no estudo. Diversas pesquisas nacionais (FALCÃO *et al.*, 2004; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; RADANOVIC, 2000) e internacionais (DI CARLO *et al.*, 2006;

MEDRANO ALBERO *et al.*, 2006; MORENO *et al.*, 2008) encontraram uma predominância discretamente maior do acidente vascular cerebral na população masculina.

Como refere André (2006), a incidência dessa doença nos homens é discretamente superior à ocorrida nas mulheres em qualquer idade, com a proporção de 1,2: 1, respectivamente.

No estudo ora desenvolvido, a média de idade dos indivíduos foi 63,17 anos (DP= 13,34). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Cavalcante (2008). De acordo com André (2006), embora o acidente vascular cerebral seja uma doença cerebrovascular passível de acontecer em qualquer faixa etária, sua incidência aumenta à medida que avança a idade e dobra aproximadamente a cada década de vida (ANDRÉ, 2006). Segundo afirmam Zétola *et al.* (2001), a incidência do acidente vascular cerebral tem pico entre a sétima e a oitava décadas de vida, quando se somam as alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas ao processo de envelhecimento.

Entretanto, é oportuno considerar o aumento da prevalência da doença cerebrovascular na população jovem, acarretando um grande impacto social e econômico. No Brasil, o aumento de internações por acidente vascular cerebral entre jovens de 15 e 34 anos foi de 64% em homens e de 41% em mulheres, entre 1998 e 2007. Dados do Ministério da Saúde mostram que em 2007 foram quase oito mil internações nessa faixa etária (BRASIL, 2007).

A mediana de anos de estudo foi 4,50 anos. Pertinente à renda familiar, a mediana de salários mínimos foi 1,0 salário. A maior parte dos pacientes era aposentada. Consoante mostram os dados, os participantes desta pesquisa possuíam condições socioeconômicas desfavoráveis.

Estudo elaborado por Falcão *et al.* (2004) evidenciou que a escolaridade predominante foi a de analfabetos (39,1%) e de nível elementar com até três anos de estudo (20%). Para Kurth e Berger (2007), o aumento da incidência do acidente vascular cerebral está relacionado ao decréscimo do nível socioeconômico. Como causas para esta realidade os autores apontam: maior frequência dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares, fatores psicossociais desfavoráveis e acesso limitado aos serviços de saúde.

Quanto à situação civil, a maioria dos avaliados vivia com companheiro. Perfil semelhante foi encontrado nos estudos de Cavalcante (2008), Di Carlo *et al.*

(2006), Falcão *et al.* (2004). Determinado estudo, ao analisar a sobrecarga de um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral, afirma que os cônjuges acabam vivenciando os mesmos problemas dos pacientes, como: mudanças no estilo de vida, depressão, sentimentos de solidão e perda da independência e da confiança (BOCCHI, 2004).

Tabela 18 – Distribuição dos pacientes, segundo características clínicas do acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Tipo de acidente vascular cerebral	N	%				
Isquêmico	22	91,7				
Hemorrágico	2	8,3				
Total	24	100				
Número de episódios da doença						
Um	18	75,0				
Dois	6	25,0				
Total	24	100				
	Média	DP ¹	Mediana	P25 ²	P75 ³	Valor p ⁴
Tempo do episódio da doença atual (horas)	59,0	15,7	72	48,0	72,0	0,000

¹DP - Desvio Padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴Teste Shapiro-Wilks

Pela análise da Tabela 18, a maior parte dos pacientes avaliados tinha o tipo isquêmico da doença (91,7%) e era o primeiro episódio (75%). Os pacientes foram captados, medianamente, com 72 horas do início dos primeiros sinais e sintomas. Em relação à prevalência dos subtipos do acidente vascular cerebral, resultados diferentes foram encontrados no estudo de Cavalcante (2008), pois houve equivalência na proporção entre o tipo isquêmico (42,9%) e o hemorrágico (38,5%).

Para Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), a frequência do acidente vascular cerebral do tipo isquêmico na população brasileira, segundo diferentes estatísticas, oscila entre 53% e 85% dos casos. Todavia, importa destacar que a prevalência exarcebada do tipo isquêmico frente ao tipo hemorrágico encontrada no estudo realizado, possa ser explicada, em parte, pelos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa (estar alerta e ser capaz de obedecer aos comandos), pois os pacientes com acidente vascular cerebral hemorrágico são mais graves e geralmente possuem nível de consciência diminuído.

A seguir observa-se a distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração apresentados pelos pacientes acompanhados no estudo

Tabela 19 – Distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de risco para aspiração respiratória	N	%	Total de pacientes
Disfagia			
Presente	13	54,2	24
Ausente	11	45,8	
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente			
Presente	4	16,7	24
Ausente	20	83,3	
Desordens neurológicas			
Presente	3	12,5	24
Ausente	21	87,5	
Presbifagia			
Presente	5	20,8	24
Ausente	19	79,2	
Uso de tubos gastrintestinais			
Presente	2	8,3	24
Ausente	22	91,7	
Refluxo gastroesofágico			
Presente	6	25,0	24
Ausente	18	75,0	
Mobilidade corporal diminuída			
Presente	10	41,7	24
Ausente	14	58,3	
Reflexo de vômito diminuído ou ausente			
Presente	7	29,7	24
Ausente	17	70,3	
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia			
Presente	0	0	24
Ausente	24	100	
Cabeceira do leito baixa			
Presente	3	12,5	24
Ausente	21	87,5	

Os fatores de risco para aspiração respiratória, validados na primeira e segunda etapa da pesquisa, mais presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral foram: disfagia (54,2%), mobilidade corporal diminuída (41,7%), reflexo de vômito diminuído ou ausente (29,7%), presença de refluxo gastroesofágico (25%) e presbifagia (20,8%). O fator de risco procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia não foi encontrado em nenhum paciente. Destarte, exceto esse fator de risco, todos os outros estiveram presentes na prática clínica.

Especificamente em relação à prevalência de disfagia, esta foi condizente com os dados de vários autores apresentados na Análise de Conceito elaborada (DANIELS *et al.*, 2000; HAMMOND *et al.*, 2009; KEDLAYA; BRANDSTATER, 2002; BLACK-SCHAFFER; KIRSTEINS; HARVEY, 1999; TAYLOR, 2008; TRAPL *et al.*, 2007).

Tabela 20 – Distribuição do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e do desfecho clínico aspiração respiratória presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%	Total de pacientes
Diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração			
Presente	14	58,3	24
Ausente	10	41,7	
Aspiração respiratória			
Presente	9	37,5	24
Ausente	15	62,5	

Pelos dados expostos na Tabela 20, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração nos pacientes com acidente vascular cerebral foi de 58,3% e a prevalência em 48 horas (tempo de acompanhamento) da aspiração respiratória foi de 37,5%.

A incidência deste diagnóstico de enfermagem foi semelhante à encontrada na pesquisa de Cavalcante (2008). Concernente à aspiração respiratória, conforme já demonstrado por Falsetti *et al.* (2009), a sua incidência em pacientes com acidente vascular cerebral é em torno de 50% e, aproximadamente, metade destes pacientes sofrem a aspiração silenciosa.

Ressalta-se que, como o estudo desenvolvido não avaliou a presença da aspiração silenciosa, a prevalência de aspiração respiratória apresentada nos pacientes avaliados com acidente vascular cerebral pode estar subestimada. Isto

gera uma alerta para a equipe de saúde, especialmente, a equipe de enfermagem, a qual necessita atuar de forma precoce e eficiente na prevenção desta condição clínica.

Adiante, na Tabela 21, evidenciam-se as estimativas de associação entre os fatores de risco para a aspiração respiratória e o desfecho clínico de aspiração respiratória.

Tabela 21 – Distribuição das estimativas de associação entre os fatores de risco para aspiração respiratória e o desfecho clínico de aspiração respiratória presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de risco para aspiração respiratória	Aspiração Respiratória
Disfagia	
Valor p ¹	0,001
RC ¹	16,0
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	
Valor p	0,097
RC	7,00
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer)	
Valor p	0,275
RC	4,0
Presbifagia	
Valor p	0,899
RC	1,14
Uso de tubos gastrintestinais	
Valor p	0,006
RC	0,31
Presença de refluxo gastroesofágico	
Valor p	0,233
RC	0,25
Mobilidade corporal diminuída	
Valor p	0,007
RC	14,0
Reflexo de vômito diminuído ou ausente	

Valor p	0,095
RC	5,20
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	
Valor p	-
RC	-
Cabeceira do leito baixa	
Valor p	0,275
RC	4,00

¹Teste Exato de Fischer ² RC – Razão de Chance (Odds Ratio)

Os fatores de risco disfagia e mobilidade corporal diminuída apresentaram associação estatisticamente significativa com a aspiração respiratória (p=0,001 e p=0,007, respectivamente). Os pacientes que estavam expostos ao fator de risco disfagia tiveram 16 vezes mais chances de desenvolver a aspiração respiratória quando comparados aqueles sem este fator de risco.

Ademais, os pacientes com acidente vascular cerebral que possuíam o fator de risco mobilidade corporal diminuída, apresentaram 14 vezes mais chance de desenvolver a aspiração respiratória.

Conforme mostrado na Análise de Conceito, o fator de risco disfagia é o fator de risco mais importante para a ocorrência da aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. Destaca-se também que o fator de risco mobilidade corporal diminuída, apesar de não ser considerado na Taxonomia da NANDA-I como um fator de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (NANDA, 2010), foi encontrado em quase 45% dos pacientes avaliados e mostrou associação estatisticamente significativa com a aspiração respiratória.

A seguir, na Tabela 22 e no Gráfico 1, estão as medidas de acurácia dos fatores de risco avaliados para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

Tabela 22 – Distribuição das medidas de acurácia dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração presente nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de risco para aspiração respiratória	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Valor preditivo positivo (%)	Valor preditivo negativo (%)
Disfagia	66,6	88,8	90,9	61,5
Reflexo de tosse prejudicado ou ausente	93,3	33,3	70,0	75,0
Desordens neurológicas	93,3	22,2	66,6	66,6
Presbifagia	80,0	22,2	63,1	40,0
Uso de tubos gastrintestinais	94,1	27,2	66,6	75,0
Presença de refluxo gastroesofágico	66,6	11,1	55,5	16,6
Mobilidade corporal diminuída	80,0	77,7	85,7	70,0
Reflexo de vômito diminuído ou ausente	86,6	44,4	72,2	66,6
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia	-	-	-	-
Cabeceira do leito baixa	93,3	22,2	66,6	66,6

De uma forma geral, pela análise dos dados apresentados na Tabela 22, a maioria dos fatores de risco (reflexo de tosse prejudicado ou ausente, desordens neurológicas, presbifagia, uso de tubos gastrintestinais, reflexo de vômito diminuído ou ausente e cabeceira do leito baixa) obteve valores de sensibilidade elevados (acima de 80%), porém, em contrapartida, valores baixos de especificidade (menor que 60%).

O fator de risco disfagia, apesar de apresentar um valor médio de sensibilidade (66,6%), foi um fator de risco de alta especificidade para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (88,8%) e com valor preditivo positivo de 90,9%. O fator de risco mobilidade corporal diminuída foi o único fator de risco para aspiração respiratória que apresentou valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos elevados para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração.

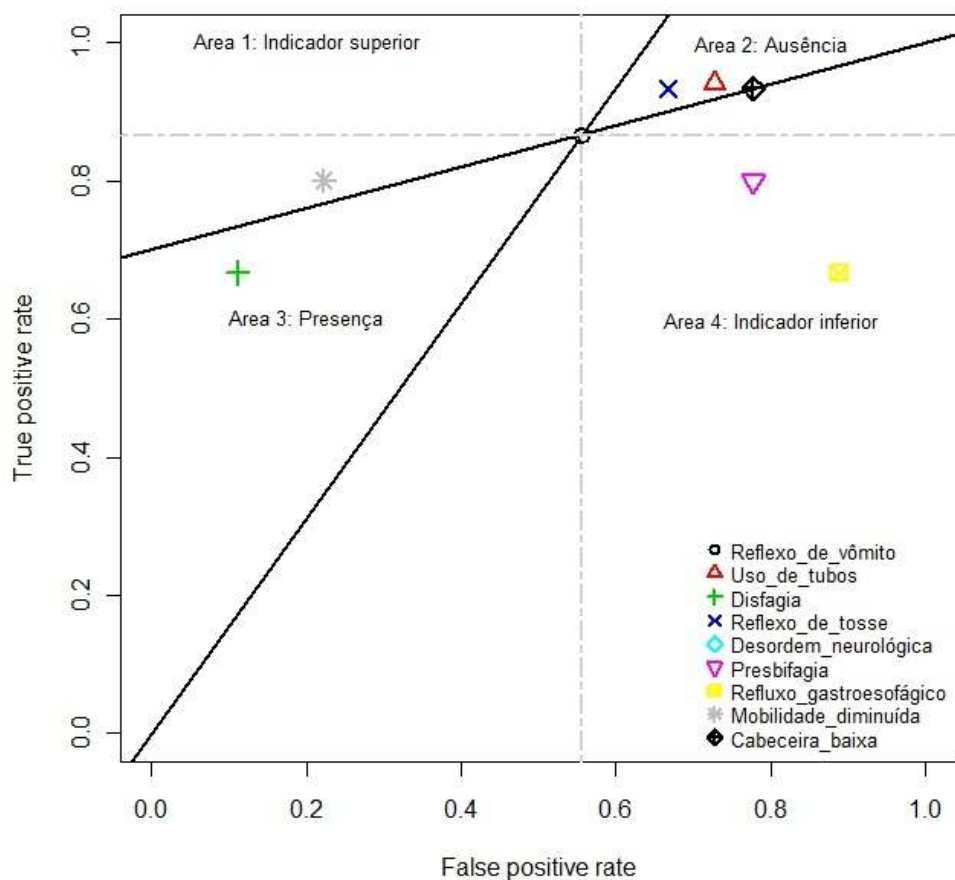


Gráfico 1 – Apresentação das taxas de falso positivos e negativos dos fatores de risco para aspiração respiratória quando comparados ao fator de risco reflexo de vômito diminuído ou ausente. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Segundo os dados demonstrados no Gráfico 1, observa-se que os fatores de risco disfagia e mobilidade corporal diminuída quando presentes são preditivos do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração (área 1 do gráfico). Os fatores de risco reflexo de tosse prejudicado ou ausente, uso de tubos gastrintestinais, cabeceira do leito baixa e desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer), quando ausentes indicam que o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração está ausente também (área 2 do gráfico).

Os fatores de risco presença de refluxo gastroesofágico e presbifagia foram considerados indicadores insatisfatórios para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração apresentados por pacientes com acidente vascular cerebral (área 4 do gráfico).

De acordo com Guedes (2008), o conhecimento da probabilidade condicional da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem, a partir dos indicadores clínicos, auxiliará os enfermeiros na acurácia diagnóstica. Nesse contexto, o estudo da sensibilidade e especificidade dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração permite a avaliação da importância de cada fator de risco para a predição do Risco de aspiração apresentado pelos pacientes com acidente vascular cerebral.

Em suma, neste estudo, os fatores de risco disfagia e mobilidade corporal diminuída foram bons preditores positivos para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, bem como apresentaram valores consideravelmente elevados de especificidade para o diagnóstico estudado. Em contrapartida, os fatores de risco presença de refluxo gastroesofágico, presbifagia e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia foram apontados como fatores de risco pouco importantes para predizer a ocorrência ou não do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.

Ademais, salienta-se que as hipóteses estabelecidas nesta tese se confirmaram parcialmente, pois se constatou a existência de outros fatores de risco (mobilidade corporal diminuída) para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, além daqueles apresentados na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010) e que as alterações da mobilidade corporal são fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração. Todavia, conforme já explicitado, as deficiências no autocuidado são fatores de risco mais relacionados às complicações

da aspiração respiratória (pneumonia aspirativa) do que do próprio fenômeno estudado neste estudo.

Destarte, após as três fases de validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, apresentado pelos pacientes com acidente vascular cerebral, segue abaixo o produto final da tese.

Quadro 26 – Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, após as três fases de validação

Risco de Aspiração: risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.		
Fator de risco	Conceito	Referência empírica
Disfagia	Dificuldade para deglutir.	Apresenta anormalidades no Teste de Deglutição da Água: presença de anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laríngea durante a deglutição da água e tosse ou mudança da voz após a deglutição da água. 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	Diminuição ou ausência de um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via aérea da aspiração traqueobrônquica e não está relacionado ao ato de beber e comer.	Relato do paciente/acompanhante ou a observação do profissional de saúde sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente.
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer)	Situações que comprometem, primariamente, o sistema nervoso central ou periférico, incluindo desordens do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e junção neuromuscular.	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.

Uso de tubos gastrintestinais	Utilização de métodos artificiais para alimentação enteral e administração de medicamentos, como sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.	Usa tubos gastrintestinais, como: sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia, para alimentação e/ou administração de medicamentos.
Mobilidade Corporal Diminuída	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Presença de prejuízo motor severo determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom (escala anexa ao instrumento). 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	Diminuição ou ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral, em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.	Verificar a diminuição ou ausência de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.
Cabeceira do leito baixa	Cabeceira da cama do paciente posicionada em um ângulo inferior a 35°, em relação ao estrado.	Observar se o ângulo da cabeceira da cama do paciente é inferior a 35° em relação ao estrado.

7 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa ora elaborada, conforme pôde ser constatado, a análise de conceito foi uma etapa valiosa para o desenvolvimento deste trabalho, sobretudo porque permitiu:

- Explorar de forma mais consistente os atributos do conceito central da tese – aspiração respiratória, fornecendo maior contribuição para o desenvolvimento dos conceitos;
- Identificar novos fatores de risco importantes na avaliação do risco de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral, ainda não contemplados na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010), como: presbifagia, mobilidade corporal diminuída e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia;
- Construir conceitos e referências empíricas com base na investigação das formas de mensuração dos antecedentes (fatores de risco) de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral;
- Refutar hipóteses que poderiam equivocadamente embasar fatores de risco que não se relacionavam ao conceito central de aspiração respiratória, como as deficiências no autocuidado relativas ao banho/higiene, ao vestir-se/arrumar-se e à higiene íntima.

De acordo com os resultados da Análise de Conceito, o conceito de Aspiração Respiratória envolve três elementos essenciais a sua compreensão: **movimento** (entrada, penetração), **objeto** (alimentos, fluidos, secreções orofaríngeas, conteúdo gástrico) e **localização exata** (abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior). Acrescidas às opiniões dos especialistas, recomenda-se a utilização da seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração: **risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior**. Ainda, nesta esfera, com base na avaliação dos especialistas, considerou-se que o título diagnóstico proposto pela Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2010) é o mais adequado.

Após o levantamento dos conceitos e das referências empíricas dos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral, estes foram submetidos à apreciação de 26 enfermeiros especialistas na área. Destaca-se que a análise do perfil dos especialistas participantes da pesquisa mostrou que estes são qualificados na temática da pesquisa e, assim, contribuíram para o refinamento dos conceitos e das referências empíricas dos fatores de risco propostos.

Alguns fatores de risco foram apontados como inapropriados (proporção de concordância abaixo de 85%) para a predição do risco de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral, a saber: presbifagia, imobilização, reflexo de vômito ausente e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia. Entretanto, ao analisar as sugestões dos especialistas, encontrou-se que eles não concordavam com o conceito ou com a referência empírica proposta para estes fatores de risco, o que acarretou a modificação, de acordo com a literatura pertinente e as sugestões fornecidas.

Ressalta-se que para os demais fatores de risco disfagia, alteração do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, distúrbios neurológicos (trauma cerebral, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer), uso de tubos gastrintestinais, presença de refluxo gastroesofágico, os índices de probabilidade de concordância, tanto para os conceitos como para as referências empíricas, foram iguais ou superiores a 85%.

Grande parte dos especialistas sugeriu o acréscimo no instrumento de diversos fatores de risco, contudo foram considerados somente àqueles que possuíam embasamento na literatura científica e estavam relacionados ao paciente com acidente vascular cerebral: uso de tubos endotraqueais/traqueostomia e cabeceira do leito baixa.

Portanto, doze fatores de risco mostraram, conforme examinado pela análise de conceito e validação por especialistas, conteúdo apropriado para avaliar o risco de aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Após a validação por especialistas, estes fatores de risco foram testados na prática clínica, etapa denominada de Validação Clínica. O estudo foi realizado com 24 pacientes na fase aguda do acidente vascular cerebral, os quais foram acompanhados por 48 horas para a verificação da relação entre os fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral com o diagnóstico de

enfermagem Risco de aspiração. Destaca-se que os fatores de risco nível diminuído de consciência e uso de tubos endotraqueais/traqueostomia não foram testados na prática clínica, em virtude de critérios metodológicos.

Os resultados apontados na validação clínica demonstraram que os fatores de risco disfagia e mobilidade corporal diminuída são bons indicadores preditivos da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. Os fatores de risco presbifagia, presença de refluxo gastroesofágico e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia não foram específicos e preditivos do diagnóstico em estudo, necessitando de mais estudos, com populações maiores e em outros contextos para confirmar tal fato.

Assim, as hipóteses estabelecidas na tese se confirmaram de forma parcial: há outros fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, além daqueles apresentados na Taxonomia da NANDA-I e que a mobilidade corporal diminuída é um fator de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração. Como produto final, os fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, apresentados pelos pacientes com acidente vascular cerebral, são: disfagia, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, desordens neurológicas, uso de tubos gastrintestinais, mobilidade corporal diminuída, reflexo de vômito diminuído ou ausente e cabeceira do leito baixa.

Durante o desenvolvimento deste estudo, deparou-se com limitações como: a busca bibliográfica foi executada por um único pesquisador, quando é preconizada a busca em par; a coleta de dados para a realização da validação clínica foi também realizada por um único pesquisador; e a impossibilidade de avaliação de dois fatores de risco nível diminuído de consciência e presença de tubo endotraqueal/traqueostomia.

Este trabalho possibilitou contribuir para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I e, por conseguinte, da linguagem da sistematização da assistência de enfermagem. A proposição do refinamento do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração pode permitir uma melhor execução das fases de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e planejamento das intervenções de enfermagem, de forma específica e orientada para o levantamento e análise do risco de aspiração dos pacientes com acidente vascular cerebral. Nesta esfera, o enfermeiro, em posse do conhecimento de todos os fatores de risco para aspiração

respiratória, pode elaborar protocolos clínicos de prevenção da aspiração respiratória, bem como intervir de forma mais eficiente com o paciente, seja de forma independente ou em colaboração com a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ACHEM, S. R.; DEVAULT, K. R. Dysphagia in Aging. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 38, n. 5, p. 357-371, 2005.

ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke – an interhospital comparison. **Stroke**, v. 30, p. 1203-1207, 1999.

ANDRADE, D. C.; HORTA, H. L.; ALVES, L. F.; TAVARES JÚNIOR, W. C.; FERREIRA, C. S. Síndrome de Mendelson: relato de caso. **Radiol. Bras.**, v. 38, n. 4, p. 309-311, 2005.

ANDRÉ, C. AVC Agudo. *In*: ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 37-51.

AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **J. Bras. Pneumol.**, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing in integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE- BVS. **Tutorial de pesquisa bibliográfica**. São Paulo: BIREME, 2007.

BLACK-SCHAFFER, R. M.; KIRSTEINS, A. E.; HARVEY, R. L. Stroke rehabilitation – co-morbidities and complications. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 80, n. 5 Suppl 1, p. S8-16, 1999.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004.

BRANDALIZE, D. L.; KALINOWSKI, C. E. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 53-57, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde/SAS/DAB. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Cadernos de Atenção Básica, nº 14. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde/SVS/Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmen**. Brasília: Editora MS, 2007.

BRONIATOWSKI, M.; MOORE, N. Z.; BRONIATOWSKI, G. S.; TUCKER, H. M.; LANCASTER, E.; KRIVAL, K.; HADLEY, A. J.; TYLER, D. J. Paced glottic closure for controlling aspiration pneumonia in patients with neurologic deficits of various causes. **Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.**, v. 119, n. 3, p. 141-149, 2010.

BRUNNSTROM, S. Movement therapy. In: _____. **Hemiplegia: a neurophysiological approach**. NewYork: Harper Row, 1970.

BURATI, D. O.; DUPRAT, A. C.; ECKLEY, C. A.; COSTA, H. O. Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** v. 69, n. 4, p. 458-462, 2003.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de Enfermagem: o raciocínio e o julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM. 3., 2002, Uberlândia – MG. **Sistematizar o cuidar: Anais...** Uberlândia – MG: UFU, 2002. p. 29-40.

CAVALCANTE, T. F. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CAVIEDES S., I.; LAVADOS, G., P.; HOPPE W., A.; LÓPEZ O., A. Predicción clínica de aspiración en pacientes com patologia neurológica aguda. **Rev. Chil. Enf. Respir.**, v. 21, p. 9-14, 2005.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

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.

CHEN, S. Y.; CHIE, W. C.; LIN, Y. N.; CHANG, Y. C.; WANG, T. G.; LIEN, N. Can the aspiration detected by videofluoroscopic swallowing studies predict long-term survival in stroke patients with dysphagia? **Disabil. Rehabil.**, v. 26, n. 3, p. 1347-1353, 2004.

COLLINS, M. J.; BAKHEITM A. M. O. Does pulse oximetry reliably detect aspiration in dysphagic stroke patients? **Stroke**, v. 28, p. 1773-1775, 1997.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 3, n. 1/3, p. 3-7, 1994.

CUMMINGS, S. R.; NEWMAN, T. B.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional: estudos de coorte. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica** – uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 113-125.

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.

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, n. 8, p. 1030-1033, 2000.

DÁVILA, C. L. P.; OLIVEIRA, S. C. V.; JORGE, J. L.; NEUMAIER, M. F.; RIBEIRO, R. D. Gastrostomia endoscópica percutânea: análise de 31 pacientes do Hospital Governador Celso Ramos. **Arq. Catarinenses Med.**, v. 37, n. 4, p. 57-63, 2008.

DEPIPPPO, K. L.; HOLES, M. A.; READING, M. J. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. **Arch. Neurol.**, v. 49, n. 12, p. 1259-1261, 1992.

DI CARLO, A.; LAMASSA, M.; BALDERESCHI, M.; PRACUCCI, G.; CONSOLI, D.; WOLFE, C. D. A.; GIROUD, M.; RUDD, A.; BURGER, I.; GHETTI, A.; INZITARI, D. Risk factors and outcome of subtypes of ischemic stroke. Data from a multicenter multinational hospital-based registry. The European Community Stroke Project. **J. Neurol. Sci.**, v. 244, p. 143-150, 2006.

DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>. Acesso em: 04 jan 2010.

DZIEWAS, R.; RITTER, M.; SCHILLING, M.; KONRAD, C.; OELENBERG, S.; NABAVI, D. G.; STOGBAUER, F. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatric**, v. 75, p. 852-856, 2004.

EISENSTADT, E. S. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 22, p. 17-22, 2010.

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.**, v. 4, n. 1, p. 95-102, jan./mar. 2004.

FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. **J. Stroke Cerebrovasc. Dis.**, v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.

FEHRING, R. J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E *et al.* (Eds.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the sixth conference of North American Nursing Diagnoses Association. St Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6 pt. 1, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippicott, 1994, p. 55-62.

FIELDS, L. B. Oral care Intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the Neurologic Intensive Care Unit. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 40, n. 5, p. 291-298, 2008.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004.

FOX, K. A.; MULARSKI, R. A.; SARFATI, M. R.; BROOKS, M. E.; WARNEKE, J. A.; HUNTER, G. C.; RAPPAPORT, W. D. Aspiration pneumonia following surgically placed feeding tubes. **Am. J. Surg.**, v. 170, p. 564-566, 1995.

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.

GALDEANO, L. E. **Validação 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.; MENDES, A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

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.

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, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções.** São Paulo: Atheneu, 2004.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GORDON, M.; HILTUNEN, E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. **Nurs. Diag.**, v. 6, n. 4, p. 143-154, 1995.

GUEDES, N. G. **Acurácia das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Estilo De Vida Sedentário” em Portadores de Hipertensão Arterial.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

GUEDES, N. G.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; ARAUJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C. Validação de diagnóstico de enfermagem: estudo bibliográfico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52., **Anais...** Fortaleza: ABEn, 2009.

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. Cough and aspiration of food and liquids due to oral- pharyngeal dysphagia. **Chest**, v. 129, n. 1 suppl., p. 154S-168S, 2006.

HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B.; HORNER, R. D.; YING, J.; GRAY, L.; GONZALEZ, L.; BOLSER, D. C. Predicting aspiration in patients with ischemic stroke. **Chest**, v. 135, n. 3, p. 769-777, 2009.

HAGEN, C.; MALKMUS, D.; DURHAM, P. **Levels of cognitive functioning. communication disorders service.** Califórnia: Rancho Los Amigos Hospital, 2002.

HASSETT, J. M.; SUNBY, C.; FLINT, L. M. No elimination of aspiration pneumonia in neurologically disabled patients with feeding gastrostomy. **Surg. Gynecol. Obstet.**, v. 167, p. 383-388, 1988.

HEYLAND, D. K.; DROVER, J. W.; MacDONALD, S.; NOVAK, F.; LAM, M. Effect of postpyloric feeding on gastroesophageal regurgitation and pulmonary microaspiration: results of a randomized controlled trial. **Crit. Care Med.**, v. 29, n. 8, p. 1495-1501, 2001.

HILLEL, F.; FISHER, J.; FINESTONE, G. L. S.; TEASELL, R. CRAIG, I. Sudden death in the dysphagic stroke patient – a case of airway obstruction caused by a food bolus. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v. 77, n. 6, p. 550- 552, 1998.

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.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JARVIS, C. **Exame físico e Avaliação de Saúde do adulto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JAKAITIS, F.; GUAZZELLI, A. B. A. Estudos dos efeitos sensório-motores da fisioterapia aquática com pacientes em estado de coma vigil. **Rev. Neurociênc.**, v. 13, n. 4, p. 215-218, 2005.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. Entendendo e reduzindo erros em medicina clínica. In: JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, cap. 7, p. 99-112.

KATSUMATA, U.; SEKIZAWA, K.; EBHARA, T.; SASAKI, H. Aging effects on cough reflex. **Chest**, v. 107, n. 1, p. 290-291, 1995.

KEDLAYA, D.; BRANDCASTER, M. E. Swallowing, nutrition, and hydration during acute stroke care. **Top. Stroke Rehabil.**, v. 9, n. 2, p. 23-38, 2002.

KIRKEVOLD, M. Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. **J. Adv. Nurs.**, v. 25, p. 977-984, 1997.

KURTH, T.; BERGER, K. The socioeconomic stroke puzzle. **Stroke**, v. 38, p. 4-5, 2007.

LEDER, S. B.; SUITER, D. M.; WARNER, H. L. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. **Dysphagia**, v. 24, p. 290-295, 2009.

LESLIE, P.; DRINNAN, M. J.; FORD, G. A.; WILSON, J. A. Swallow Respiratory Patterns and Aging: presbyphagia or dysphagia? **J. Gerontol.**, v. 60A, n. 3, p. 391-395, 2005.

LIM, S. H.; LIEU, P. K.; PHUA, S. .; SESHADRI, R.; VENKETASUBRAMANIAN, N.; LEE, S. H.; CHOO, P. W. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. **Dysphagia**, v. 16, n. 1, p. 1-6, 2001.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Med. J.**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

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.

MARCOLINO, J.; CZECHOWSKI, A. E.; VENSON, C.; BOUGO, G. C.; ANTUNES, K. C.; TASSINARI, N.; CESTONARO, N.; SIMÃO, R.; VIEIRA, T. S.; SEGURO, S. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos no município de Irati – Paraná. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 12, n. 2, p. 193-200, 2009.

MARTINO, R.; FOLEY, N.; BHOGAL, S.; DIAMANT, N.; SPEECHLEY, M.; TEASELL, R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. **Stroke**, v. 36, p. 2756-2763, 2005.

MARIK, P. E.; KAPLAN, D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. **Chest**, v. 124, n. 1, p. 328-336, 2003.

McCULLOUGH, G. H.; WERTZ, R. T.; ROSENBEK, J. C. Sensivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke. **J. Commun. Dis.**, v. 34, p. 55-72, 2001.

MEDRANO ALBERO, M. J.; BOIX MARTÍNEZ, R.; CERRATO CRESPÁN, E.; RAMÍREZ SANTA-PAU, M. Incidencia e prevalencia de cardiopatia isquêmica y enfermedad cerebrovascular en Espana: revisión sistemática de la literatura. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 80, n. 1, p. 5-15, 2006.

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, 2005. p. 3-24.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem *disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes***. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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.

MICHAELIS, C. W. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2010.

MIYAKE, R. S.; REIS, A. G.; GRISI, S. Sedação e analgesia em crianças. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 44, n. 1, p. 56-64, 1998.

MORENO, V. P.; GARCÍA RASO, A.; GARCÍA BUENO, M. J.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, A.; MESEGUER, E.; MATA, R.; LLHAMAS, P. Factores de riesgo vascular en pacientes con ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. **Rev. Neurol.**, v. 46, n. 10, p. 593-598, 2008.

MORRIS, H. Dysphagia in the elderly – a management challenge for nurses. **Br. J. Nurs.**, v. 15, n. 10, p. 558-562, 2006.

MORRIS, H. Dysphagia: implications of stroke on swallowing. **Nurs. Resid. Care**, v. 10, n. 8, p. 378-381, 2008.

MOTA, L. B. **Versão brasileira da escala Chedoke McMaster Assessment Stroke**: tradução, adaptação cultural, validade e confiabilidade. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Universidade Estadual de Campinas, 2009.

NEVES, A. C.; FUKUJIMA, M. M.; JESUS, P. A.; FRANCO, C. M.; MOURA, R. C. R.; FONTES, S. V.; PRADO, G. F. Custos do paciente com acidente vascular cerebral no setor de emergência do hospital São Paulo. **Rev. Neurociências**, v. 10, n. 3, p. 137-140, 2002.

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

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGUCHI, K.; SAIOTOH, E.; MIZUNO, M.; BABA, M.; OKUI, M.; SUZUKI, M. The Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) as a screening test for functional dysphagia – validity of RSST. **Jpn. J. Rehabil. Med.**, v. 37, p. 383-388, 2000.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, N. M. S. **Diagnóstico de enfermagem de Ansiedade: validação da definição e das características definidoras**. 2001. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

OLIVEIRA, P. H. Bioética e a Filosofia de Kant. In: MALAGUTTI, W. **Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas**. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p. 117-128.

PADOVANI, A. R.; MORAES, P. M.; MANGILI, L. D.; ANDRADE, C. R. F. Protocolo Fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PAIK, N. J.; KIM, S. J.; LEE, H. J.; JEON, J. Y.; LIM, J. Y.; HAN, T. R. Movement of the hyoid bone and the epiglottis during swallowing in patients with dysphagia from different etiologies. **J. Electromyogr. Kinesiol.**, v. 18, p. 329-335, 2008.

PALMER, J. B.; DRENNAN, J. C.; BABA, M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. **Am. Fam. Physician**, v. 61, n. 8, p. 2453-62, 2000.

PÉRIÉ, S.; WAJEMAN, S.; VIVANT, R.; GUILY, J. L. Swallowing difficulties for cerebrovascular stroke may recover beyond three years. **Am. J. Otolaryngol.**, v. 20, n. 5, p. 314-317, 1999.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz das vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 62, n. 3-B, p. 844- 851, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed, 2004.

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.

POWER, M. L.; FRASER, C. H.; HOBSON, A.; SINGH, S.; TYRELL, P.; NICHOLSON, D. A.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G.; HAMDY, S. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. **Dysphagia**, v. 21, n. 1, p. 49-55, 2006.

POWER, M. L.; HAMDY, S.; GOULERMAS, J. Y.; TYRRELL, P. J.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G. Predicting aspiration after hemispheric stroke timing measures of oropharyngeal bolus flow and laryngeal closure. **Dysphagia**, v. 24, p. 257-264, 2009.

PRASS, K.; BRAUN, J. S.; DIRNAGL, U.; MEISEL, C.; MEISEL, A. Stroke propagates bacterial aspiration pneumonia in a model of cerebral ischemia. **Stroke**, v. 37, p. 2607-2612, 2006.

RAMSEY, M. A.; SMITHARD, D.; KALRA, L. Can pulse oximetry or a bedside swallowing assessment be used to detect aspiration after stroke? **Stroke**, v. 37, p. 2984-2988, 2006.

_____. Early assessment of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. **Stroke**, v. 34, p. 1252-57, 2003.

_____. Silent aspiration: what do we know? **Dysphagia**, v. 20, p. 218-225, 2005.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

ROFFE, C. Hypoxemia and stroke. **Rev. Clin. Gerontol.**, v. 11, p. 323-335, 2001.

SEIDEL, H. M.; BALL, J. W.; DAINS, J. E.; BENEDICT, G. W. **Mosby Guia de exame físico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

SELLARS, C.; BOWIE, L.; BAGG, J.; SWEENEY, P.; MILLER, H.; TILSTON, J.; LANGHORNE, P.; STOTT, D. J. Risk factors for chest infection in acute stroke – a prospective cohort study. **Stroke**, v. 38, p. 2284-2291, 2007.

SEO, H. G.; OH, B. M.; HAN, T. R. Longitudinal changes os the swallowing process in subacute stroke patients with aspiration. **Dysphagia**, v. 26, n. 1, p. 41-48, 2011.

SESA, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Situação de Saúde no Ceará**. Fortaleza: SESA, 2011.

SHIGEMITSU, H.; AFSHAR, K. Aspiration pneumonias: under-diagnosed and under-treated. **Curr. Opin. Pulm. Med.**, v. 13, p. 192-198, 2007.

SMITH, H. A.; CONNOLLY, M. J. Evaluation and treatment of dysphagia following stroke. **Top. Geriatric Rehabil.**, v. 19, n. 1, p. 43-59, 2003.

SMITH, H. A.; LEE, S. H.; O'NEILL, P. A.; CONNOLLY, M. J. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. **Age Aging**, v. 29, p. 495-499, 2000.

SMITHARD. Dysphagia following stroke. **Rev. Clin. Gerontol.**, v. 9, p. 81-93, 1999.

SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA. **Diretrizes sobre Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)**. São Paulo: Office, 2006.

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.

SPIEKER, M. R. Evaluating Dysphagia. **Am. Fam. Physician**, v. 61, n. 12, p. 3639-3648, 2000.

SUMMERS, D.; LEONARD, A.; WENTWORTH, D.; SAVER, J. L.; SIMPSON, J.; SPILKER, J. A.; HOCK, N.; MILLER, E.; MITCHELL, P. H. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of to the acute ischemic stroke patient. **Stroke**, v. 40, p. 2911-2944, 2009.

TOHARA, H.; SAITOH, E.; MAYS, K. A.; KUHLEMEIER, K.; PALMER, J. B. Three tests for predicting aspiration without videofluorography. **Dysphagia**, v. 18, n. 2, p. 126-134, 2003.

TAYLOR, I. C. Oropharyngeal dysphagia in long-term care: misperceptions of treatment efficacy. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, v. 9, p. 523-531, 2008.

TERAMOTO, S.; FUKUCHI, Y. Detection of aspiration and swallowing disorder in older stroke patients: simple swallowing provocation test versus water swallowing test. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 81, n. 11, p. 1517-1519, 2000.

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.

TOUFEN JUNIOR, C.; CAMARGO, F. P.; CARVALHO, C. R. R. Pneumonia aspirativa associada a alterações na deglutição: relato de caso. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 19, n.1, p.118-122, 2007.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise do conceito e validação por especialistas.** 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

ZÉTOLA, V. H. F.; NÓVAK, E. M.; CAMARGO, C. H. F.; JÚNIOR CARRARO, H.; CORAL, P.; MUZZIO, J. A.; IWAMOTO, F. M.; COLETA, M. V. D.; WERNECK, L. C. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 59, n. 3B, p. 740-745, 2001.

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.

WERNECKE, T.; TEISMANN, I.; MEIMANN, W.; OELENBERG, S.; ZIMMERMANN, J.; KRAMER, C.; RINGELSTEIN, E. B.; SCHABITZ, W. R.; DZIEWAS, R. Assessment of aspiration risk in acute ischaemic stroke – evaluation of the simple swallowing provocation test. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, v. 79, p. 312-314, 2008.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOOLDRIDGE, J.; HERMAN, J. A.; GARRISON, C.; HADDOCK, S.; MASSEY, J.; TAVAKOLI, A. A Validation study using the case-control method of the Nursing Diagnosis High Risk for Aspiration. **Nurs. Diag.**, v. 9, n. 1, p. 5-13, 1998.

APÊNDICE A - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tema: Aspiração respiratória e fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre aspiração respiratória e os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

Questões norteadoras:

- Qual a definição de aspiração respiratória e risco de aspiração respiratória?
- Quais são os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral?
- Como os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral são definidos e mensurados?

Estratégias para buscar as pesquisas

Base de dados

- ❖ Base de dados 1: Lilacs
- ❖ Base de dados 2: Pubmed
- ❖ Base de dados 3: Cinahl
- ❖ Base de dados 4: Scopus
- ❖ Base de dados 5: Cochrane

Descritores controlados:

MeSH: Respiratory Aspiration
And Stroke

DeCS: Aspiração Respiratória
and Acidente Cerebral Vascular

Seleção dos estudos

Critérios de inclusão:

- Estudos disponíveis eletronicamente
- Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol
- Estudos completos que abordem a aspiração respiratória ou os fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral
- Estudos que respondam às questões de pesquisa estabelecidas.

Critérios de exclusão:

- Editoriais
- Cartas ao editor

Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

- Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk, Fineout-Overholt (2005)

Estratégia para síntese e avaliação dos estudos

- Caracterização dos estudos, segundo o instrumento adaptado do estudo de Chaves (2008).
- Análise do conceito proposta por Walker; Avant (2005).

APÊNDICE B - Consequentes da aspiração respiratória, segundo a referência bibliográfica e a base de dados

Consequentes da aspiração respiratória	Referência	Base
Aumento da morbidade	SANTAMATO, A.; PANZA, F.; SOLFRIZZI, V.; RUSSO, A.; MEGNA, M.; RANIERI, M.; FIORE, P. Acoustic Analysis of Swallowing sounds: a new technique for assessing dysphagia. J. Rehabil. Med. , v. 41, p. 639-645, 2009.	PUBMED
	RAMSEY, D. C.; SMITHARD, D. G.; KALRA, L. Can Pulse Oximetry or a Bedside Swallowing Assessment be used to detect aspiration after stroke? Stroke , v. 37, p. 2984-2988, 2006.	PUBMED
	OLIVEIRA, E.; MICHEL, A.; SMOLLEY, L. The pulmonary consultation in the perioperative management of patients with neurologic diseases. Neurol. Clin. N. Am. , v. 22, p. 277-291, 2004.	SCOPUS
	FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. , v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009	SCOPUS
	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. Stroke , v. 30, p. 1203-1207, 1999.	SCOPUS
Continuação -Aumento da Morbidade	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.	CINAHL
	SHA, R. K.; REBEIZ, E. E. Tracheoesophageal voice restoration following laryngotracheal separation procedure. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. , v. 114, n. 8, p. 634-	CINAHL

	637, 2005. TEASELL, R. W.; MCRAE, M.; HEITZNER, J.; BHARDWAJ, A.; FINESTONE, H. Frequency of videofluoroscopic modified barium swallow studies and pneumonia in stroke rehabilitation patients: a comparative study. Arch. Phys. Med. Rehabil. , v. 80, n. 3, p. 294-298, 1999.	CINAHL
Aumento da mortalidade	SANTAMATO, A.; PANZA, F.; SOLFRIZZI, V.; RUSSO, A.; MEGNA, M.; RANIERI, M.; FIORE, P. Acoustic analysis of swallowing sounds: a new technique for assesssing dysphagia. J. Rehabil. Med. , v. 41, p. 639-645, 2009. WERNECKE, T.; TEISMANN, I.; OELENBERG, S.; HAMACHER, C.; RINGELSTEIN, E. B.; SCHABITZ, W. R.; DZIEWAS, R. Towards a basic endoscopic evaluation of swallowing in acute stroke – identification of salient findings by the inexperienced examiner. BMC Med. Educ. , v. 9, p. 13, 2009.	PUBMED PUBMED
Aumento da Mortalidade	WERNECKE, T.; TEISMANN, I.; MEIMANN, W.; OLENBERG, S.; ZIMMERMANN, J.; KRAMER, C.; RINGELSTEIN, E. B.; SCHABITZ, W. R.; DZIEWAS, R. Assessment of aspiration risk in acute ischaemic stroke – evaluation of the simple swallowing provocation test. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry , v. 79, p. 312-314, 2008.	PUBMED
Continuação -Aumento da Mortalidade	RAMSEY, D. J. C.; SMITHARD, D. G.; KALRA, L. Can Pulse Oximetry or a Bedside Swallowing Assessment be used to detect aspiration after stroke? Stroke , v. 37, p. 2984-2988, 2006. POWER, M. L.; FRASER, C. H.; HOBSON, A.; SINGH, S.; TYRELL, P.; NICHOLSON, D. A.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G.; HAMDY, S. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. Dysphagia , v. 21, n. 1, p. 49-55, 2006.	PUBMED PUBMED

Continuação -Aumento da Mortalidade	OLIVEIRA, E.; MICHEL, A.; SMOLLEY, L. The pulmonary consultation in the perioperative management of patients with neurologic diseases. Neurol. Clin. N. Am. , v. 22, p. 277-291, 2004.	SCOPUS
	FALSETTI, P.; ACCIACI, C.; PALILLA, R.; BOSI, M.; CARPINTERI, F.; ZINGARELLI, A.; PEDACE, C.; LENZI, L. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. , v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.	SCOPUS
	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. Stroke , v. 30, p. 1203-1207, 1999.	SCOPUS
	HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B.; HORNER, R. D.; YING, J.; GRAY, L.; GONZALEZ, L.; BOLSER, D. C. Predicting aspiration in patients with ischemic stroke. Chest , v. 135, n. 3, p. 769-777, 2009.	CINAHL
	CLAYTON, J.; JACK, C. A.; RYALL, C.; TRAN, J.; HILAL, E.; GOSNEY, M. Tracheal ph monitoring and aspiration in acute stroke. Age Aging , v. 35, p. 47-53, 2006.	CINAHL
	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, 1998.	CINAHL
	RONNING, O. M.; STAVEM, K. Transdermal Scopolamine to reduce salivation and possibly aspiration after stroke. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases , v. 17, n. 5, p. 328-329, 2008.	CINAHL
	ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. R. M.	CINAHL

	<p>Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 80, n. 2, p. 150-154, 1999.</p> <p>SHA, R. K.; REBEIZ, E. E. Tracheoesophageal voice restoration following laryngotracheal separation procedure. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., v. 114, n. 8, p. 634-637, 2005.</p> <p>AVIV, J. E.; SACCO, R. L.; MOHR, J. P.; THOMPSON, J. L. P.; BRUCE, L.; SUNSHINE, S.; THOMSON, J.; CLOSE, L. G. Laryngopharyngeal sensory testing with modified barium swallow as predictors of aspiration pneumonia after stroke. Laryngoscope, v. 107, n. 9, p. 1254-1260, 1997.</p> <p>TEASELL, R. W.; MCRAE, M.; HEITZNER, J.; BHARDWAJ, A.; FINESTONE, H. Frequency of videofluoroscopic modified barium swallow studies and pneumonia in stroke rehabilitation patients: a comparative study. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 80, n. 2, p. 150-154, 1999.</p> <p>CHAN, S. Y. P.; LO, R. S. K. Changes in arterial oxygen saturation before, during, and after meals in stroke patients in a Rehabilitation Setting. Dysphagia, v. 24, p. 77-82, 2009.</p> <p>TAYLOR, I. C. Oropharyngeal dysphagia in long-term care: misperceptions of treatment efficacy. J. Am. Med. Dir. Assoc., v. 9, p. 523-531, 2008.</p> <p>NAZARKO, L. Swallowing difficulties in stroke patients. Nurs. Residential Care, v. 9, n. 2, 2007.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
Aumento dos custos/ do tempo de internação	<p>SANTAMATO, A.; PANZA, F.; SOLFRIZZI, V.; RUSSO, A.; MEGNA, M.; RANIERI, M.; FIORE, P. Acoustic Analysis of Swallowing sounds: a new technique for assessing dysphagia. J. Rehabil. Med., v. 41, p. 639-645, 2009.</p>	<p>PUBMED</p>

Continuação – Aumento dos custos/tempo de internação	<p>WERNECKE, T.; TEISMANN, I.; MEIMANN, W.; OELENBERG, S.; ZIMMERMANN, J.; KRAMER, C.; RINGELSTEIN, E. B.; SCHABITZ, W. R.; DZIEWAS, R. Assessment of aspiration risk in acute ischaemic stroke – evaluation of the simple swallowing provocation test. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, v. 79, p. 312-314, 2008.</p>	PUBMED
	<p>RAMSEY, D. J. C.; SMITHARD, D. G.; KALRA, L. Can Pulse Oximetry or a Bedside Swallowing Assessment be used to detect aspiration after stroke? Stroke, v. 37, p. 2984-2988, 2006.</p>	PUBMED
	<p>POWER, M. L.; FRASER, C. H.; HOBSON, A.; SINGH, S.; TYRELL, P.; NICHOLSON, D. A.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G.; HAMDY, S. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. Dysphagia, v. 21, n. 1, p. 49-55, 2006.</p>	PUBMED
	<p>ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. Stroke, v. 30, p. 1203-1207, 1999.</p>	SCOPUS
	<p>CHEN, S. Y.; CHIE, W. C.; LIN, Y. N.; CHANG, Y. C.; WANG, T. G.; LIEN, N. Can the aspiration detected by videofluoroscopic swallowing studies predict long-term survival in stroke patients with dysphagia? Disabil. Rehabil., v. 26, n. 3, p. 1347-1353, 2004.</p>	CINAHL
	<p>RONNING, O. M.; STAVEM, K. Transdermal Scopolamine to reduce salivation and possibly aspiration after stroke. J. Stroke Cerebrovasc. Dis., v. 17, n. 5, p. 328-329, 2008.</p>	CINAHL
<p>ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. RODRIGUEZ, M. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke. Arch. Phys. Med.</p>	CINAHL	

	<p>Rehabil., v. 80, n. 2, p. 150-154, 1999.</p> <p>SHA, R. K.; REBEIZ, E. E. Tracheoesophageal voice restoration following laryngotracheal separation procedure. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., v. 114, n. 8, p. 634-637, 2005.</p> <p>AVIV, J. E.; SACCO, R. L.; MOHR, J. P.; THOMPSON, J. L.P.; BRUCE, L.; SUNSHINE, S; THOMSON, J.; CLOSE, L. G. Laryngopharyngeal sensory testing with modified barium swallow as predictors of aspiration pneumonia after stroke. Laryngoscope, v. 107, n. 9, p. 1254-1260, 1997.</p> <p>COLE, C.; BIGANDO, K.; DESUTTER, S. Is Altered nutritional status the root cause of your clients negative outcomes? J. Nurs. Care Qual., v. 14, n. 2, p. 41-46, 2000.</p> <p>ODDERSON, I. R.; KEATON, J. C.; KENNA, B. S. Swallow management in patients on an Acute Stroke Pathway: quality is cost effective. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 76, n. 12, p. 1130-1133, 1995.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
Pneumonia	<p>RAMSEY, D. J. C.; SMITHARD, D. G.; KALRA, L. Can Pulse Oximetry or a Bedside Swallowing Assessment be used to detect aspiration after stroke? Stroke, v. 37, p. 2984-2988, 2006.</p>	PUBMED
Continuação – Pneumonia	<p>POWER, M. L.; HAMDY, S.; SINGH, S.; TYRRELL, P. J.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G. Deglutitive laryngeal closure in stroke patients. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, v. 78, p. 141-146, 2007.</p> <p>POWER, M. L.; FRASER, C. H.; HOBSON, A.; SINGH, S.; TYRELL, P.; NICHOLSON, D. A.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G.; HAMDY, S. Evaluating oral stimulation as a treatment for</p>	<p>PUBMED</p> <p>PUBMED</p>

Continuação – Pneumonia	<p>dysphagia after stroke. Dysphagia, v. 21, n. 1, p. 49-55, 2006.</p>	
	<p>SEO, H. G.; OH, B. M.; HAN, T. R. Longitudinal Changes os the swallowing process in subacute stroke patients with aspiration. Dysphagia, v. 26, n. 1, p. 41-48, 2011.</p>	SCOPUS
	<p>ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K. A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. Stroke, v. 30, p. 1203-1207, 1999.</p>	SCOPUS
	<p>PRASS, K.; BRAUN, J. S.; DIRNAGL, U.; MEISEL, C.; MEISEL, A. Stroke propagates bacterial aspiration pneumonia in a model of cerebral ischemia. Stroke, v. 37, p. 2607-2612, 2006.</p>	CINAHL
	<p>HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B.; HORNER, R. D.; YING, J.; GRAY, L.; GONZALEZ, L.; BOLSER, D. C. Predicting aspiration in patients with ischemic stroke. Chest, v. 135, n. 3, p. 769-777, 2009.</p>	CINAHL
	<p>TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedisde Screening for acute-stroke patients – The Gugging Swallowing Screen. Stroke, v. 38, p. 2948-2952, 2007.</p>	CINAHL
	<p>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. 502-507, 2001. Screening for Acute-Stroke screening for acute-stroke Patients. Stroke, v. 38, p. 2948-2952, 2007.</p>	CINAHL
	<p>BRONIATOWSKI, M.; MOORE, N. Z.; BRONIATOWSKI, G. S.; TUCKER, H. M.; LANCASTER, E.;</p>	CINAHL

<p>Continuação – Pneumonia</p>	<p>KRIVAL, K.; HADLEY, A. J.; TYLER, D. J. Paced Glottic Closure for controlling aspiration pneumonia in patients with neurologic deficits of various causes. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., v. 119, n. 3, p. 141-149, 2010.</p> <p>WILLIAMS. M. P.; WOOD, H.; WAXMAN, J. How to assess swallowing after a stroke. Nursing, v. 32, n. 5, 2002.</p> <p>SMITH, H. A.; LEE, S. H.; O'NEILL, P. A.; CONNOLY, M. J. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. Age Aging, v. 29, p. 495-499, 2000.</p> <p>ADDINGTON, W. R.; STEPHENS, R. E.; GILLILAND, K.; RODRIGUEZ, M. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 80, n. 2, p. 150-154, 1999.</p> <p>SHA, R. K.; REBEIZ, E. E. Tracheoesophageal voice restoration following laryngotracheal separation procedure. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., v. 114, n. 8, p. 634-637, 2005.</p> <p>RAMSEY, M. A.; SMITHARD, D.; KALRA, L. Silent aspiration: what do we know? Dysphagia, v. 20, p. 218-225, 2005.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
<p>Continuação – Pneumonia</p>	<p>TEASELL, R. W.; MCRAE, M.; HEITZNER, J.; BHARDWAJ, A.; FINESTONE, H. Frequency of videofluoroscopic modified barium swallow studies and pneumonia in stroke rehabilitation patients: a comparative study. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 80, n. 3, p. 294-298, 1999.</p> <p>TEASELL, R.; FOLEY, N.; MCRAE, M.; FINESTONE, H. Use of percutaneous Gastrojejunostomy feeding tubes</p>	<p>CINAHL</p>

Continuação - Pneumonia	<p>in the rehabilitation of stroke patients. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 82, n. 10, p. 1412-1415, 2001.</p>	
	<p>WESTERGREN, A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. Int. Nurs. Rev., v. 53, p. 143-149, 2006.</p>	CINAHL
	<p>GARON, B. R.; SIERZANT, T.; ORMISTON, C. Silent aspiration: results of 2,000 videofluoroscopic evaluations. J. Neurosci. Nurs., v. 41, n. 4, p. 178-188, 2009.Y</p>	CINAHL
	<p>MEHMET, G.; IBRAHIM, A.; AHMET, E.; YUSKEL, K. Triple-layer laryngeal closure for intractable aspiration. The J. Laryngol. Otol., v. 119, p. 564-566, 2005.</p>	CINAHL
	<p>GOSNEY, M.; MARTIN, M. V.; WRIGHT, A. E. The role of selective decontamination of the digestive tract in acute stroke. Age Ageing, v. 35, p. 42-47, 2006.</p>	CINAHL
	<p>BLACK-SCHAFFER, R. M. B.; KIRSTEINS, A. E.; HARVEY, R. L. Stroke Rehabilitation – Comorbidities and complications. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 80, n. 5 Suppl. 1, p. S8-16, 1999.</p>	CINAHL
	<p>KEDLAYA, D.; BRANDCASTER, M. E. Swallowing, nutrition, and hydration during acute stroke care. Top. Stroke Rehabil., v. 9, n. 2, p. 23-38, 2002.</p>	CINAHL
	<p>SMITH, H. A.; CONNOLLY, M. J. Evaluation and treatment of dysphagia following stroke. Top. Geriatr. Rehabil., v. 19, n. 1, p. 43-59, 2003.</p>	CINAHL
	<p>MARIK, P. E.; KAPLAN, D. Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. Chest, v. 124, n. 1, p. 328-336, 2003.</p>	CINAHL
	<p>EBIHARA, T.; EBIHARA, S.; MARUYAMA, M.; KOBAYASHI, M.; ITOU, A.; ARAI, H.; SASAKI, H. A Randomized Trial of Olfactory</p>	CINAHL

	dysphagic stroke patient – a case of airway obstruction caused by a food bolus. Am. J. Phys. Med. Rehabil. , v. 77, n. 6, p. 550- 552, 1998.	
Obstrução da via aérea	<p>NAZARKO, L. Swallowing difficulties in stroke patients. Nurs. Residential Care, v. 9, n. 2, 2007.</p> <p>PALMER, J. B.; DRENNAN, J. C. Evaluation and treatment of swallowing impairments. Am. Fam. Phys., v. 61, n. 8, p. 2453-62, 2000.</p> <p>HILLEL, F.; FISHER, J.; FINESTONE, G. L. S.; TEASELL, R. CRAIG, I. Sudden death in the dysphagic stroke patient – a case of airway obstruction caused by a food bolus. Am. J. Phys. Med. Rehabil., v. 77, n. 6, p. 550- 552, 1998.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
Hipoxemia	<p>ROFFE, C. Hypoaxemia and stroke. Rev. Clin. Gerontol., v. 11, p. 323-335, 2001.</p> <p>TYSON, S. F.; The effects of position on oxygen saturation in acute stroke: a systematic review. Clin. Rehabil., v. 18, p. 863-871, 2004.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
Embolismo pulmonar	OLIVEIRA, E.; MICHEL, A.; SMOLLEY, L. The pulmonary consultation in the perioperative management of patients with neurologic diseases. Neurol. Clin. N. Am. , v. 22, p. 277-291, 2004.	SCOPUS
Aumento do tempo de uso da alimentação artificial	POWER, M. L.; FRASER, C. H.; HOBSON, A.; SINGH, S.; TYRELL, P.; NICHOLSON, D. A.; TURNBULL, I.; THOMPSON, D. G.; HAMDY, S. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. Dysphagia , v. 21, n. 1, p. 49-55, 2006.	PUBMED

APÊNDICE C - Carta-convite para participação no estudo
(Etapa 2– Validação por especialistas)

Carta-Convite

Prezado Colega Enfermeiro,

Meu nome é Tahissa Frota Cavalcante, 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 do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Thelma Leite de Araujo.

Solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo na qualidade de especialista em diagnóstico de enfermagem e/ou aspiração respiratória e acidente vascular cerebral. Contamos com sua ajuda nesta fase fundamental da pesquisa. Sua participação é imprescindível em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com esta temática. O momento atual consta do preenchimento de um instrumento para verificar adequação dos conceitos relacionados à aspiração respiratória e aos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral, determinados anteriormente na etapa de Análise do Conceito.

Caso deseje contribuir com o estudo, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Se manifestar a concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

Tahissa Frota Cavalcante

tahissa@iq.com.br/tahissafc@yahoo.com.br

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Colega,

Meu nome é Tahissa Frota Cavalcante, 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 do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em 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 conceitos relacionados à aspiração respiratória e aos fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral. O momento atual consta do preenchimento de um instrumento para verificar adequação dos conceitos relacionados à aspiração respiratória e aos fatores de risco para aspiração respiratória.

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: Tahissa Frota Cavalcante

Endereço: Rua Capitão Justino Ferreira Ramos, nº 230, casa 02. Lagoa Redonda. Fortaleza - CE

CEP: 60844-025

Telefone: 85-3274-0356

E-mail: tahissa@ig.com.br/tahissafc@yahoo.com.br

Nome da orientadora: Thelma Leite de Araujo

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 dos Especialistas

Parte 1 – Instruções para o preenchimento

1. Descrição sumária dos objetivos da pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral”.

O estudo tem por objeto a validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral. A motivação principal para a realização desta pesquisa surgiu em decorrência dos resultados encontrados em um estudo de mestrado desenvolvido, relacionados a este diagnóstico de enfermagem (CAVALCANTE, 2008). Tal estudo mostrou relações entre o Risco de aspiração com os diagnósticos de enfermagem de deficiências no autocuidado e mobilidade no leito prejudicada apresentados pelos pacientes com acidente vascular cerebral. Esta relação não estava presente na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2010), o que suscitou interesse de validar o diagnóstico de enfermagem de Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.

Em uma fase anterior, por meio do método da revisão integrativa e da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005), foi realizada revisão do conceito do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e a construção de definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) para todos os fatores de risco, presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral, encontrados na revisão da literatura. Na atual fase da pesquisa, estamos investigando a validade das definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) construídas, mediante avaliação de especialistas, utilizando para tanto passos sistematizados dos modelos de validação de diagnósticos propostos por Fehring (1994) e Hoskins (1989).

Portanto, a seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem que utilizamos em nosso trabalho, para que, se necessário, facilite sua avaliação. Ademais, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

2. Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem corresponde a um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem de risco são definidos como respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduos, famílias e comunidades vulneráveis. Estes estão apoiados em fatores de risco para o aumento desta vulnerabilidade (NANDA, 2010). Em relação ao conceito de fator de risco, a NANDA apresenta-o como fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre (NANDA, 2010).

3. O diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração

O diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração pertence ao domínio segurança/proteção, à classe lesão física e apresenta como fatores de risco: administração de medicação, alimentação por sonda, cirurgia de pescoço, cirurgia facial, cirurgia oral, deglutição prejudicada, esfíncter esofágico inferior incompetente, esvaziamento gástrico retardado, fixação cirúrgica dos maxilares, motilidade gastrointestinal diminuída, nível de consciência reduzido, presença de sonda endotraqueal, presença de traqueostomia, pressão intragástrica aumentada, reflexos de tosse diminuídos, reflexos de vômitos diminuídos, resíduo gástrico aumentado, situações que impedem a elevação da parte superior do corpo, trauma de pescoço, trauma facial, trauma oral e tubos gastrintestinais (NANDA, 2010).

4. Definição conceitual

O conceito é formado pela identificação de características comuns para uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração e junção destas características em algum meio de expressão (WALKER; AVANT, 2005). A definição conceitual oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por intermédio da análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995).

As definições conceituais a serem avaliadas nesta etapa foram desenvolvidas a partir da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005), derivados de uma revisão integrativa da literatura que trouxe evidências sobre o fenômeno da aspiração respiratória, para a partir daí, aplicá-las ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e aos seus fatores de risco levantados na literatura analisada.

5. Referências empíricas

Também são conhecidas como definições operacionais e se propõem a definir como o conceito é mensurado. As referências empíricas são importantes para o desenvolvimento de instrumentos acurados, contribuem para a validação de conteúdo e de constructo de um novo instrumento e auxiliam o profissional de saúde na observação do fenômeno na prática assistencial.

6. Critérios a serem considerados na avaliação das definições conceituais e referências empíricas dos fatores de risco diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração

Para a avaliação da adequação dos fatores de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, você deve atribuir um valor a cada um deles, em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo.

Adequação do fator de risco ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração

1	O fator de risco NÃO é indicativo do diagnóstico Risco de aspiração.
2	O fator de risco é MUITO POUCO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração.
3	O fator de risco é DE ALGUM MODO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração.
4	O fator de risco é CONSIDERAVELMENTE indicativo do diagnóstico Risco de aspiração.
5	O fator de risco é MUITÍSSIMO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração.

Já para a investigação da representatividade das definições conceituais e referências empíricas dos fatores de risco do diagnóstico testado, você deve atribuir um valor a cada um deles, indicando o quanto cada evidência representa o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo. **Ressalta-se que há alguns fatores de risco com mais de uma referência empírica e assim, você deve assinalar de 1 a 5 para cada uma, separadamente.**

Definições Conceituais e Referências Empíricas dos Fatores de Risco Levantados

1	Nada pertinente ao fator de risco
2	É muito pouco pertinente ao fator de risco
3	É de algum modo pertinente ao fator de risco
4	Consideravelmente pertinente ao fator de risco
5	Muitíssimo pertinente ao fator de risco

7. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um prazo **máximo de 30 dias** para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica ou por meio postal (Correios). A devolução do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal, lhe enviaremos um envelope previamente selado e endereçado para resposta, conforme acordado anteriormente, na carta-convite.

8. Referências

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

CAVALCANTE, T. F. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.), **Classification of the nursing diagnosis**. Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989, p. 126–131.

NANDA North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept analysis. In: WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.

Parte 2 – Caracterização do Especialista

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da

Especialização: _____

Tema da Monografia de

Especialização: _____

Área do

Mestrado: _____

Tema da Dissertação de

Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da tese de

Doutorado: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2 e 5):

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Diagnósticos de Enfermagem*:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
| () Dissertação | () Tese |
| () Artigos científicos | () Outros |

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Aspiração respiratória* na forma de:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| () Monografia de graduação | () Monografia de especialização |
| () Dissertação | () Tese |
| () Artigos científicos | () Outros |

3. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Diagnóstico de Enfermagem*? () Sim () Não
4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Aspiração respiratória*? () Sim () Não
5. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?
() Hospital () Unidade Básica de Saúde
() Instituição de Ensino () Outro _____
- 6- Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência ou ensino)?
() Sim. Por quanto tempo? _____ () Não
7. Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral com problemas de aspiração respiratória?
() Sim. Por quanto tempo? _____ () Não
8. Já identificou o diagnóstico *Risco de aspiração* em sua prática clínica?
() Nunca () Poucas vezes () Frequentemente
9. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *Diagnóstico de enfermagem*? () Sim () Não
10. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática *Aspiração respiratória*?
() Sim () Não

Parte 3 – Validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração

Por favor, leia atentamente os itens referentes ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e responda o que se pede:

1) Escolha o título diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração:

() Risco de aspiração () Risco de aspiração respiratória

2) Escolha o conceito diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração:

Risco de aspiração
() Definição 1: Risco de penetração de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos abaixo das cordas vocais para o trato respiratório inferior.
() Definição 2: Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.
Sugestões:

3) A seguir, os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral encontram-se listados, para que de acordo com seu conhecimento e experiência, seja assinalada com um “X” a opção mais correta sobre a adequação do fator de risco em relação ao diagnóstico em questão.

Adequação do fator de risco ao diagnóstico de enfermagem:

- O fator de risco NÃO é indicativo do diagnóstico Risco de aspiração
- O fator de risco é MUITO POUCO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração
- O fator de risco é DE ALGUM MODO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração
- O fator de risco é CONSIDERAVELMENTE indicativo do diagnóstico Risco de aspiração
- O fator de risco é MUITÍSSIMO indicativo do diagnóstico Risco de aspiração

Fatores de risco	Não é indicativo	Muito pouco indicativo	De algum modo indicativo	Consideravelmente indicativo	Muitíssimo indicativo
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					
Imobilização					
Reflexo de vômito ausente					
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia					

Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar ou sugerir a retirada de fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração no espaço reservado, mencionando uma justificativa.

Sugestão de inclusão de novos fatores de risco	Justificativa

Sugestão para retirada de fatores de risco	Justificativa

4) Ademais, cada fator de risco possui um conceito e referências empíricas (definições operacionais) e também deve ser assinalada com um “X” a pertinência destes em relação a cada fator de risco. **Quando houver mais de uma definição operacional, assinale com um “X” cada uma em separado.**

Adequação do conceito e referência empírica ao fator de risco:

- Nada pertinente
- Muito pouco pertinente
- De algum modo pertinente
- Muito pertinente
- Muitíssimo pertinente

Fator de risco	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Disfagia</p> <p>Conceito: Dificuldade para deglutir.</p>					
<p>Definição operacional: Mensurada por uma série de indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dados sociodemográficos e História clínica: sexo, idade, presença de história de acidente vascular cerebral bilateral ou de tronco cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pneumonia, escarro, tabagismo, tosse associada à ingestão de alimentos sólidos ou líquidos, regurgitação oral ou nasal de alimentos, perda de peso ou decréscimo da ingestão oral, desidratação, dificuldade para deglutir e necessidade de terapêutica dietética com o uso de tubos alimentares. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anormalidades sensório-motoras da cavidade oral: anormalidades no fechamento labial, movimento da língua, elevação do palato, reflexo de vômito, qualidade da voz e função motora da fala. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de dois ou mais dos seis sinais clínicos: disfonia, disartria, reflexo de vômito anormal, tosse voluntária anormal, tosse depois da deglutição e mudança da voz depois da deglutição. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de dessaturação maior ou igual a 2% do que a média basal, durante a deglutição. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anormalidades no Teste de Deglutição da Água: presença de anormalidades na fase oral da deglutição, ausência de elevação laríngea durante a deglutição da água e tosse ou mudança da voz após a deglutição da água. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Depressão do nível de consciência</p> <p>Conceito: Diminuição da capacidade do indivíduo de reconhecer a si próprio e de responder aos estímulos ambientais.</p>	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição Operacional: Mensurada por uma série de indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta Escore do Nível de Funcionamento Cognitivo inferior a 4. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta alterações no estado de orientação quanto à pessoa, tempo e lugar e na habilidade para obedecer a comandos simples. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faz uso de medicamentos sedativos. 	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Reflexo de tosse prejudicado ou ausente</p> <p>Conceito: Diminuição ou ausência de um mecanismo de resposta à presença de líquidos ou sólidos na área da laringe, o qual protege a via aérea da aspiração traqueobrônquica e não está relacionado ao ato de beber e comer.</p>	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
<p>Definição operacional:</p>	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente

✓ História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a ausência ou diminuição do mecanismo de tosse do paciente.					
Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer) Conceito: Doenças que comprometem, primariamente, o sistema nervoso central ou periférico, incluindo desordens do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e da junção neuromuscular. Definição operacional:	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a presença de alguma doença neurológica, como: trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ 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.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Presbifagia Conceito: Mudanças do mecanismo da deglutição com a idade.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ Definição operacional: Possui idade igual ou superior a 60 anos.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Uso de tubos gastrintestinais Conceito: Utilização de métodos artificiais para alimentação enteral, como sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia. Definição Operacional:	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ História clínica - apresenta história atual ou anterior de uso de tubos gastrintestinais, como: sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Presença de refluxo gastroesofágico Conceito: Refluxo de conteúdo alimentar presente no estômago para o esôfago.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente

Definição operacional: ✓ História clínica - apresenta história atual de refluxo gastroesofágico.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Imobilização Conceito: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição Operacional: ✓ Presença de prejuízo motor severo determinado pela Escala de Estágios de Recuperação Motora de Brunnstrom.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ Apresenta confinamento em uma cadeira de rodas ou na cama, definido como a incapacidade para andar, mesmo com o apoio de um ajudante.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Reflexo de vômito ausente Conceito: Ausência de contração da parede da faringe, unilateral ou bilateral.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
✓ Definição operacional: Ausência ou diminuição de contração faríngea em resposta à estimulação tátil na região posterior da faringe.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia Conceito: Métodos diagnósticos de invasão do trato aerodigestivo.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente
Definição Operacional: ✓ História clínica: relato do paciente ou do acompanhante sobre a realização de exames, como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia.	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Consideravelmente pertinente	Muitíssimo pertinente

APÊNDICE F – Instrumento para Validação Clínica

Nº do paciente: _____

1) Dados sociodemográficos

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos

Procedência: () Fortaleza; () Outras cidades do Estado; () Outros Estados

Estado civil: () vive com companheiro; () vive sem companheiro

Escolaridade: _____ anos

Renda familiar: _____ reais

Ocupação: () funcionário público () funcionário privado () autônomo; () do lar () estudante () aposentado () desempregado

2) Dados Clínicos

Tipo de acidente vascular cerebral: () acidente vascular cerebral isquêmico () acidente vascular cerebral hemorrágico () não esclarecido.

Número de episódios de acidente vascular cerebral: () primeiro episódio () Dois ou mais episódios.

Comorbidades: () hipertensão arterial () diabetes mellitus () cardiopatias () hipercolesterolemia () doenças renais () doenças pulmonares.

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.

Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas: () Sim () Não. Se sim, esclarecer a frequência da ingestão da bebida alcoólica _____ dias e a quantidade _____ ml.

Hábito de realização de atividade física: () Sim () Não

3) Avaliação dos fatores de risco para aspiração

1) **Disfagia:**

Anormalidade no Teste de Deglutição da Água: () Sim () Não.

Anormalidade no Teste de Deglutição da Saliva: () Sim () Não

O fator de risco Disfagia está presente: () Sim () Não.

2) Reflexo de tosse prejudicado ou ausente:

Apresenta diminuição ou ausência do reflexo de tosse: () Sim () Não.

O fator de risco Reflexo de tosse prejudicado ou ausente está presente:

() Sim; () Não

3) Desordens neurológicas (trauma cerebral, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer):

Apresenta trauma Cerebral e ou Doença de Alzheimer: () Sim () Não

O AVC é do tipo hemorrágico: () Sim () Não. É uma AVC bilateral:

() Sim () Não. É um AVE localizado na ponte: () Sim () Não.

O fator de risco Desordens Neurológicas está presente: () Sim () Não

4) Presbifagia

Houve mudanças do mecanismo da deglutição com a idade: () Sim () Não.

Se sim, quais: _____

O fator de risco Presbifagia está presente: () Sim () Não

5) Uso de tubos gastrintestinais:

Utiliza sonda nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia: () Sim () Não.

O fator de risco Uso de tubos gastrintestinais está presente: () Sim () Não

6) Presença de refluxo gastroesofágico:

Apresenta Refluxo Gastroesofágico: () Sim () Não.

O fator de risco Presença de Refluxo gastroesofágico está presente:

() Sim () Não

7) Mobilidade corporal diminuída:

Apresenta presença de prejuízo motor severo (Escala de Estágios de Recuperação

Motora de Brunnstrom): () Sim () Não.

Estágio da Escala: _____

Apresenta confinamento em cadeira de rodas ou na cama: () Sim () Não

O fator de risco Mobilidade corporal diminuída está presente:

() Sim () Não

8) Reflexo de vômito diminuído ou ausente

Diminuição ou ausência de contração faríngea à estimulação tátil: () Sim

() Não.

O fator de risco Reflexo de vômito diminuído ou ausente está presente:

() Sim; () Não

9) Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia:

Paciente está sendo submetido a estes exames: () Sim () Não.

O fator de risco Procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia está presente:

() Sim () Não

11) Cabeceira do leito baixa:

A cabeceira da cama está inferior a 35°: () Sim () Não.

O fator de risco Cabeceira do leito baixa está presente: () Sim () Não

4) Diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração

O paciente possui o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração?

() Sim () Não

5) Desfecho: aspiração respiratória

Sinais Clínicos	Definição Operacional
Disfonia	Avaliada por meio de parâmetros como a qualidade vocal e intensidade da voz.
Disartria	Avaliado por meio da análise dos movimentos labiais, linguais, mandibulares e em atividades de fala de algumas palavras. Também é analisado a inteligibilidade de fala na emissão de monossílabos e de sentenças.
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.
Tosse voluntária anormal	Resposta diminuída ou ausente oferecida, quando o profissional de saúde solicita o paciente a tossir.
Tosse depois da deglutição	Presença de tosse imediata ou até 1 minuto após a ingestão de 5, 10 e 20 ml de água.
Mudança de voz depois da deglutição	Presença de alteração na qualidade vocal acompanhada da ingestão de volumes de água.

Apresenta dois ou mais destes seis sinais clínicos: () Sim () Não

Se

sim,

descreva: _____

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Tahissa Frota Cavalcante, sou aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um estudo cujo objetivo é identificar fatores de risco para aspiração respiratória em pacientes com acidente vascular cerebral.

Para realizar este estudo, preciso da sua colaboração em dois momentos diferentes. O primeiro inclui a realização de uma consulta ao seu prontuário, de uma entrevista e de um exame físico. A entrevista será sobre os seus dados de identificação, história de outras doenças e a presença de fatores de risco (fumar, beber, ser sedentário e ser obeso). O exame, a ser realizado por mim, inclui a avaliação da cabeça e da garganta e dos membros superiores e inferiores. O exame não inclui colher sangue, passar sondas e não se espera que você tenha algum desconforto.

Após esta avaliação, voltarei dois dias depois para proceder a um pequeno exame na cabeça e na garganta. Volto a lembrar que não se espera nenhum desconforto e somente realizarei o exame físico se você concordar. Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas no estudo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Informo ainda que você tem o direito e a liberdade de se negar a participar do estudo ou dele se retirar quando assim o desejar, sem nenhum prejuízo para a sua assistência nesta instituição. A sua identidade será mantida no anonimato bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe o meu endereço e o da minha orientadora:

Aluna: Tahissa Frota Cavalcante

Orientadora: Thelma Leite de Araujo

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Fone: (Oxx85) 33668456. e-mail: [tahissa@ig.com.br/](mailto:tahissa@ig.com.br)

thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

✂

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito da pesquisa/representante legal

Assinatura do pesquisador



Digitais caso não assine

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados para a Revisão Integrativa da Literatura, adaptado do estudo de Chaves (2008)

1 Identificação do estudo

- a) Título:
- b) Autores/Formação:
- c) Referência Bibliográfica do estudo:
- d) País/Idioma do estudo:

2 Conceito de Aspiração Respiratória:

- a) Atributos críticos:
- b) Antecedentes:
- c) Consequentes:
- d) Definição conceitual:

3) Fatores de risco para aspiração respiratória:

- a) Definição conceitual:
- b) Referências empíricas:

4) Características Metodológicas

- a) Objetivo do estudo:
- b) Tipo de publicação:
- c) População-alvo:
- d) Coleta de dados:

5) Resultados e Análise dos dados

- a) Descrição:

6) Conclusões do estudo

- a) Descrição:

7) Nível de evidência (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005)

- a) Descrição: