

**UNIVERSIDADE TUITI DO PARANÁ**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO**

**ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL  
PARA RASTREIO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM AMBIENTE  
HOSPITALAR**

**CURITIBA**

**2020**

**ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL  
PARA RASTREIO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM AMBIENTE  
HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Distúrbios da Comunicação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosane Sampaio Santos

**CURITIBA**

**2020**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

S251 Sartori, Ana Paula de Andrade.

Validação de conteúdo de um instrumento multiprofissional para rastreio do risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar/ Ana Paula de Andrade Sartori; orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosane Sampaio Santos.  
49f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2020.

1. Estudos de validação. 2. Transtornos de deglutição .  
3. Programas de rastreamento. 4. Broncopneumonia.  
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Distúrbios da Comunicação/ Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD – 610

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

**ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL  
PARA RASTREIO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM AMBIENTE  
HOSPITALAR**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO DA UNIVERSIDADE TUIUTI DO  
PARANÁ**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Rosane Sampaio Santos  
Universidade Tuiuti do Paraná

---

Professor Doutor José Stechmann Neto  
Universidade Tuiuti do Paraná

---

Professora Doutora Maria Cristina de Alencar Nunes  
Complexo Hospital de Clínicas do Paraná

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Dedico esta dissertação de Mestrado à  
memória de Vanira Sartori Soffi e Lourdes Sartori.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, presente em todos os momentos de minha vida, alento nos momentos de tristeza e pelo seu amor infinito.

Aos meus pais, Silvio e Luci, pelo incentivo que recebo nas minhas tomadas de decisões. Por uma vida de dedicação. Por todo o amor.

Ao meu irmão, Giovane, por todas as palavras positivas que me direciona e por nossa relação de confiança um no outro.

A minha orientadora, Prof. Dra. Rosane Sampaio Santos, agradeço a paciência, a confiança e seus ensinamentos.

Aos juízes desta pesquisa, que dedicaram seu tempo se disponibilizando e acreditando na proposta deste trabalho.

A Tatiane Caroline Boumer Zepechouka, agradeço a contribuição com os dados estatísticos desta pesquisa e por todo seu conhecimento.

Aos colegas do Curso de Mestrado por toda colaboração.

“(...) Pois embora possam estar separados  
Eles verão que ainda há uma chance  
Haverá uma resposta  
Deixe estar (...)”.  
PAUL MCCARTNEY

## RESUMO

**Introdução:** A disfagia é qualquer dificuldade no processo de deglutição, no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago. A broncoaspiração causada pela disfagia, muitas vezes silenciosa, predispõem não somente à pneumonia, mas também o comprometimento estrutural e funcional dos pulmões, aumentando a morbimortalidade. A proposta do Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar é padronizar a mensuração da avaliação do risco de broncoaspiração por meio de possíveis norteadores que possam indicar maior risco. **Objetivo:** Desenvolver um instrumento multiprofissional para rastreamento do risco de broncoaspiração. Validar em conteúdo o instrumento por meio de juízes (enfermeiro, médico, fonoaudiólogo e fisioterapeuta) experts que atuam na área hospitalar. Realizar a validação em conteúdo através da análise das respostas dos profissionais. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, com as seguintes etapas: elaboração de um instrumento multiprofissional de rastreamento do risco de broncoaspiração com base na revisão bibliográfica; validação desse instrumento com base na concordância entre juízes. As respostas quanto à avaliação de concordância foram do tipo categóricas baseadas no questionário de Likert. Para análise de concordância entre os juízes foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo para cada item (IVC-I) e total (IVC-T). **Resultados:** Os resultados mostraram que todos os juízes apresentaram concordância com relação a cada item do instrumento e também em sua totalidade (IVC-T 1,0). **Conclusão:** O Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar foi desenvolvido e apresenta validade de conteúdo, assegurado por uma equipe expert na área.

**Palavras-chave:** Estudos de Validação; Transtornos de Deglutição; Programas de Rastreamento; Broncopneumonia.



## ABSTRACT

**Introduction:** Dysphagia is any difficulty in the swallowing process, in transporting the bolus from the mouth to the stomach. Bronchoaspiration caused by dysphagia, often silent, predisposes not only to pneumonia, but also the structural and functional impairment of the lungs, increasing morbidity and mortality. The proposal of the Multiprofessional Instrument for Screening the Risk of Bronchoaspiration in a Hospital Environment is to standardize the measurement of the assessment of the risk of bronchoaspiration by means of possible guidelines that may indicate greater risk. **Objective:** To develop a multiprofessional instrument for screening the risk of bronchoaspiration. Validate the instrument in content through judges (nurses, doctors, speech therapists and physiotherapists) experts who work in the hospital area. Perform content validation by analyzing the responses of professionals. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative and qualitative study, with the following steps: development of a multiprofessional instrument for screening the risk of bronchoaspiration based on the literature review; validation of this instrument based on agreement between judges. The responses regarding the agreement assessment were categorical based on the Likert questionnaire. For analysis of agreement between the judges, the Content Validity Index for each item (IVC-I) and total (IVC-T) was used. **Results:** The results showed that all the judges showed agreement with respect to each item of the instrument and also in its entirety (IVC-T 1.0). **Conclusion:** The Multiprofessional Instrument for Screening the Risk of Bronchoaspiration in a Hospital Environment was developed and has content validity, ensured by an expert team in the area.

**Keywords:** Validation Study; Deglutition Disorders; Mass Screening; Bronchopneumonia.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b> - Características da amostra de juízes que participaram do estudo .....	26
<b>Tabela 1</b> - Índices de validade de conteúdo do instrumento - análise dos juízes .....	29
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de frequências das opiniões dos juízes com relação a relevância dos itens para avaliar riscos de broncoaspiração .....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC = Acidente Vascular Cerebral

DO = Disfagia Orofaríngea

IVCI = Índice de Validade de Conteúdo do Instrumento

IVCT = Índice de Validade de Conteúdo Total

IOT = Intubação Orotraqueal

IVC = Índice de Validade de Conteúdo

EAT-10 = The Eating Assessment Tool

BVS = Biblioteca Virtual em Saúde

LILACS = Base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE = Base de dados Comprehensive MedLine

NIC = Classification of Nursing Interventions

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
3.1	DISFAGIA, BRONCOASPIRAÇÃO E PNEUMONIA ASPIRATIVA .....	16
3.2	INSTRUMENTO DE RASTREIO E VALIDAÇÃO .....	19
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
4.1	CRITÉRIOS ÉTICOS.....	23
4.2	TIPO DE ESTUDO .....	23
4.3	ETAPAS DA PESQUISA .....	23
4.3.1	<b>Etapa 1 – Seleção dos parâmetros para compor o instrumento</b> .....	<b>23</b>
4.3.2	<b>Etapa 2 - Validação de conteúdo do Instrumento</b> .....	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>
	<b>APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b> .....	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE C – INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL</b> .....	<b>46</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular sinérgico, sequencial e harmônico (SANTORO; PINHEIRO, 2017) e quando há alguma alteração nesse processo, a disfagia pode ocorrer.

Disfagia é qualquer dificuldade no desempenho da deglutição, no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago. Pelo alto risco de aspiração causada pela disfagia, é difícil distinguir a linha tênue que a separa das síndromes aspirativas, muitas vezes silenciosas e que predispõem não apenas à pneumonia, mas também ao comprometimento estrutural e funcional dos pulmões, deteriorando o estado frágil de saúde dos idosos; aumentando a morbimortalidade (SMITH, 2006).

A aspiração pode levar a uma variedade de complicações pulmonares, tais como pneumonia infecciosa, pneumonite química ou síndrome da angústia respiratória, com morbidade e mortalidade significativas (BECK-SCHIMMER; BONVINI, 2011).

Existem várias situações no paciente internado que aumentam o risco de broncoaspiração. Os fatores que influenciam a flora bacteriana levando à colonização por patógenos mais virulentos, que são mais propensos a subjugar os mecanismos de proteção normal, explicam a elevada taxa de conversão da broncoaspiração em pneumonia (DIBARDINO; WUNDERINK, 2015).

A presença de complicações advindas do quadro disfágico torna de extrema relevância que o rastreo da disfagia orofaríngea (DO) seja uma prática dos profissionais de diversas áreas da saúde para que os indivíduos sejam encaminhados precocemente para o profissional especializado (CLAVÉ; SHAKER, 2015).

Os profissionais da equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos) podem realizar ações preventivas visando à diminuição das ocorrências de broncoaspiração e à minimização dos riscos aos quais o paciente está exposto (MAEDA; AKAGI, 2014).

Em uma revisão sistemática, Etges e colaboradores (2014), sobre instrumentos de rastreo em disfagia, afirmam que os mesmos são bastante heterogêneos e foram desenvolvidos para diferentes públicos, tais como: crianças, adultos e idosos saudáveis ou com alguma patologia de base, com o

objetivo principal de identificar os pacientes com distúrbios de deglutição (ETGES et al., 2014).

A literatura é densa quando mostra instrumentos de rastreio em disfagia, porém, escassa quanto aos mesmos que preconizam a multidisciplinaridade na identificação do paciente hospitalizado em risco de broncoaspiração. A atuação multidisciplinar pode produzir impactos significativos no rastreio de paciente em risco, assim como mostra no estudo de Lee Titsworth et al., (2013), em que enfermeiro e fonoaudiólogo realizaram triagens a beira leito em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), onde o rastreio e a identificação da disfagia teve um aumento de 39,3% para 74,2% e, com isso, houve uma queda no quadro de pneumonia de 6,5% para 2,8% nos pacientes (LEE TITSWORTH et al., 2013).

A maioria das ferramentas disponíveis para rastreamento da disfagia foi desenvolvida para a população de AVC. Poucas ferramentas de triagem são adequadas para grupos heterogêneos de pacientes (MOZZANICA et al., 2017). A intenção do presente trabalho visa contemplar um instrumento unificado às diferentes populações de pacientes hospitalizados.

Os procedimentos de triagem são, em geral, desenvolvidos para serem rápidos (em média de 15 minutos), não invasivos, de baixo risco para o paciente, identificando sinais clínicos de disfagia que necessitam de uma avaliação mais ampla e aprofundada (LOGEMANN; VEIS; COLANGELO, 1999).

A presente proposta do Instrumento Multiprofissional para Rastreio do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar é ser aplicável a beira leito de maneira instantânea e eficaz.

As distinções entre procedimentos de triagem e de diagnóstico são imprescindíveis aos profissionais da saúde. A triagem não define a natureza do problema apresentado pelo paciente, simplesmente identifica se o mesmo tem risco para determinado problema (MEDEIROS, 2012).

Por isso que a importância da construção deste presente instrumento em padronizar a mensuração da avaliação do risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar por meio de possíveis norteadores que possam indicar maior risco.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Validar em conteúdo um Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver um instrumento multiprofissional para rastreamento do risco de broncoaspiração;
- Validar em conteúdo o instrumento por meio de juizes (enfermeiro, médico, fonoaudiólogo e fisioterapeuta) experts que atuam na área hospitalar.
- Realizar a validação em conteúdo através da análise das respostas dos profissionais.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Por se tratar de um estudo relacionado à validação de conteúdo de um instrumento multiprofissional para rastreio do risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar, esta revisão de literatura abordará as seguintes temáticas: disfagia, broncoaspiração e pneumonia aspirativa; instrumento de rastreio e validação.

#### 3.1 DISFAGIA, BRONCOASPIRAÇÃO E PNEUMONIA ASPIRATIVA

O ato de engolir é um processo fisiológico ordenado, que transfere o material ingerido ou a saliva da boca ao estômago (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017).

Disfagia é a dificuldade que pode ocorrer nos estágios iniciais da deglutição ou a sensação de obstrução na passagem de alimentos e/ou líquidos da boca para o estômago (CHO et al., 2015).

A disfagia em si não é uma doença, mas sim um conjunto de sintomas que ocorrem como resultado de uma doença subjacente. Trata-se de qualquer dificuldade no ato de transportar o alimento da boca ao estômago (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2017).

A disfagia continua sendo um sintoma importante, com epidemiologia mal definida. Alguns estudos sugerem prevalência entre 16,0% e 22,0% em indivíduos acima de 60 anos; 20,0% a 40,0% em pacientes com doença de Parkinson, TCE ou AVE; 30,0% a 50,0% em idosos em asilos; e 60,0% em pacientes de *homecare* (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2017).

A complicação mais grave da DO é a broncoaspiração (YEO; ROSENTHAL, 2018). A broncoaspiração ocorre quando o paciente sofre inalação do conteúdo da boca ou do estômago para a laringe e trato respiratório inferior do pulmão (MARIK, 2001).

Os sintomas clínicos para a broncoaspiração são: tosse, dispnéia, voz molhada, engasgos ao se alimentar e podem estar acompanhados de sinais indicativos de DO, como: distúrbio de mastigação, dificuldade de deglutição, escape oral e nasal, sialorréia, recusa alimentar ou a diminuição da dieta por via oral (BASSI, 2014; CHAVES, 2014; GOLD, 2018; LOIVOS, 2009).



As complicações da broncoaspiração incluem aumento das taxas de morbidade e mortalidade, prolongam em média 5 a 9 dias o tempo de internamento dos pacientes e maiores custos hospitalares (CARMO et al., 2018).

A pneumonia de aspiração desenvolve-se após a inalação de material orofaríngeo colonizado por bactérias para os pulmões. O termo pneumonia de aspiração refere-se especificamente ao desenvolvimento de infiltrados pulmonares radiologicamente evidentes em pacientes com risco aumentado de aspiração faríngea (ZETTLER, 2010).

A incidência de pneumonia por aspiração aumenta quase exponencialmente com a idade, pacientes com mais de 80 anos tendo um risco nove a dez vezes maior que os de 18 a 29 anos (SZPILMAN; LOPES, 2019)

Há duas décadas se observava que a abordagem dos pacientes portadores de distúrbios da deglutição era completamente distinta da atual, em que a preocupação era manter uma via de alimentação, independentemente da qualidade de vida que pudesse ter. A preocupação com a salivação não era tão evidente quanto atualmente, e as equipes de profissionais médicos e fonoaudiólogos não estavam preparadas no que se refere à visão e proporção que essas alterações teriam em um futuro próximo (JOTZ; ANGELIS; BARROS, 2017).

Uma variedade de processos de doenças neuromusculares de etiologia diversa pode envolver a musculatura orofaríngea e esofágica e produzir disfagia como parte de seu quadro clínico neuromuscular mais amplo. Certas distrofias musculares, miopatias inflamatórias e miopatias mitocondriais podem exibir disfagia, assim como processos de doenças que afetam a junção mioneural, como a miastenia gravis (SREEDHARAN; LIACOURAS, 2016).

Além das doenças, o próprio envelhecimento pode contribuir para um quadro de disfagia, JOTZ; ANGELIS e BARROS (2017) menciona que o processo do envelhecer ocasiona modificações na composição dos músculos, por diminuição dos componentes da unidade motora e da sua coordenação, alterando a sua forma e diminuindo as fibras de rápida contração, bem como uma redução de enzimas que são necessárias para a contração muscular. Como consequência desses fatores, há alterações de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios.

Pacientes hospitalizados podem apresentar alterações clínicas, devido as exacerbações de suas doenças de base e/ou comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, etc), que podem levar ao rebaixamento do grau de cognição, do nível de consciência, da capacidade de comunicação e do controle motor. Segundo Fernandes e Oda (2017), esses fatores costumam indicar comprometimento do desempenho da deglutição.

Uma situação que ocorre frequentemente em ambiente hospitalar é a necessidade do paciente estar em Intubação Orotraqueal (IOT). Segundo (FERRUCCI et al., 2019), quanto maior o tempo de intubação, maior o risco de broncoaspiração. Essa relação pode ser explicada pelo impacto da permanência do tubo orotraqueal na cavidade oral, faríngea e laríngea, levando ao desuso da musculatura, lesões na mucosa e à perda de propriocepção relacionada a alterações dos quimiorreceptores e/ou mecanorreceptores (MEDEIROS et al., 2016).

No estudo de Medeiros e seus colaboradores (2016), traz que pacientes críticos submetidos à IOT, com idade  $\geq 55$  anos, que permaneceram intubados por mais de seis dias e que apresentaram tosse após a deglutição devem ser priorizados para a avaliação fonoaudiológica completa.

A higienização oral é um procedimento importante durante a permanência hospitalar. A broncoaspiração de elementos dentários pode resultar em irritação pulmonar, proliferação microbiana acentuada, pneumonia e óbito do paciente (DE SOUZA HERCULANO et al., 2018).

A aspiração traqueal é fenômeno comum e pode ocorrer de forma silenciosa, especialmente nos casos em que há alteração do nível de consciência. Uma avaliação precoce pode evitar a contaminação da via respiratória com posterior desenvolvimento de pneumonia aspirativa (FERNANDES; ODA, 2017)

Por isso, a seleção das ferramentas avaliativas é essencial ao processo diagnóstico, permitindo a investigação de habilidades específicas e a realização de avaliações contínuas a fim de averiguar a necessidade de modificações no plano de intervenção (GIACHETI; GIMENIZ-PASCHOAL, 2013).

### 3.2 INSTRUMENTO DE RASTREIO E VALIDAÇÃO

Na literatura atual sobre instrumentos de rastreo para DO, ainda não há consenso sobre os parâmetros que devem compor este instrumento. Além desta divergência, ainda existem outras como quem deve aplicá-los e se pretendem identificar a DO ou aspiração laringotraqueal, produzindo divergências terminológicas sobre termos como rastrear e avaliar a DO (ALMEIDA et al., 2017).

Cohen et al. (2016), referem que há alguns métodos para avaliação do risco de aspiração como a videofluoroscopia, no entanto, essa avaliação requer profissionais experientes e sua disponibilidade é limitada (COHEN et al., 2016). Conseqüentemente, muitos hospitais usam protocolos de triagem para disfagia identificando pacientes com risco de aspiração.

Atualmente é discutida a importância dos instrumentos de rastreo para DO gerarem interpretações válidas e confiáveis dos seus resultados (DONOVAN et al., 2013), porém, a maioria apresenta insuficientes medidas psicométricas, sendo destacadas apenas as medidas de acurácia ou somente um tipo de evidência de validade, a baseada na relação com outras variáveis, em que há comparação dos resultados do rastreo com outros métodos como a avaliação clínica da deglutição, nasofibroscopia ou videofluoroscopia (EDMIASTON et al., 2014).

A validade de um instrumento é a capacidade que este apresenta de avaliar o que se propõe, sendo um indicador da veracidade do teste (FORMIGONI; CASTEL, 1999; GOULART; CHIARI, 2007; PEHLING et al., 2002).

A confiabilidade ou precisão de um instrumento é a capacidade de reproduzir medidas de um mesmo fato, por um mesmo ou diferentes examinadores (GOULART; CHIARI, 2007; MENEZES; NASCIMENTO, 2000). Os instrumentos devem ser validados de acordo com a população a que se destinam e é também importante conhecer sua sensibilidade, especificidade e valores preditivos (GOULART; CHIARI, 2007).

A quantificação do julgamento de especialistas na área permite ponderar se a amostra de itens é abrangente e representativa do conteúdo em foco e se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que deseja medir. São

necessários no mínimo três juízes especialistas, mas indica que um painel com mais de dez é provavelmente desnecessário (POLIT; BECK, 2006).

A análise dos especialistas, às vezes, chamada de análise de conteúdo, ou análise de construto, procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s). Nessa análise, aqueles devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão (BALAN, 2008).

A avaliação se faz com base nos critérios para construção de itens desenvolvidos por (PASQUALI, 1998). Os juízes avaliam os itens seguindo os critérios listados abaixo:

- I. Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”;
- II. Critério da simplicidade: um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente;
- III. Critério da clareza: deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística;
- IV. Critério da relevância: pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência: a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir;
- V. Critério da modalidade: formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente,

miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada;

- VI. Critério da precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo;
- VII. Critério da tipicidade: formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
- VIII. Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo): este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo;
- IX. Critério do equilíbrio: os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) compreende um método muito utilizado na área da saúde. Mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Existem, na literatura, instrumentos de rastreio em disfagia validados como o *The Eating Assessment Tool (EAT-10)* (BELAFSKY et al., 2008); *Dysphagia Screening Tool* (WEINHARDT et al., 2008) e *MetroHealth Dysphagia Screen* (SCHROCK et al., 2011). Segundo Etges et al., (2014), não há na literatura pesquisada um consenso sobre o melhor ou mais correto

método a ser aplicado; cabe ao profissional escolher o instrumento que se adapte à sua realidade de atuação, ao funcionamento do serviço e ao perfil dos pacientes que serão rastreados.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Tuiuti do Paraná e aprovado pelo protocolo número 2.967.349 (ANEXO A).

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é transversal, quantitativo e qualitativo. Ou seja, foi realizado em um momento fixo e específico, utilizando variáveis de pesquisa numéricas e de categorias.

### 4.3 ETAPAS DA PESQUISA

ETAPA 1 - Seleção dos parâmetros para compor a primeira versão do Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar.

ETAPA 2 - Validação em conteúdo do instrumento.

#### 4.3.1 Etapa 1 – Seleção dos parâmetros para compor o instrumento

##### a) *Revisão bibliográfica*

A versão do instrumento foi elaborada a partir da pesquisa sobre instrumentos averiguando o risco de broncoaspiração. A elaboração do protocolo deu-se com base na literatura nacional e internacional, impressa e *online*. As bases de dados *online* foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contém as fontes relacionadas às ciências da saúde em geral, LILACS (Base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Base de dados *Comprehensive MedLine*), Biblioteca Cochrane, CidSaúde, SCIELO e *Clinical Key*.

As palavras-chaves utilizadas em inglês foram: *Validation Study; Deglutition Disorders; Mass Screening e Bronchopneumonia*. Em português: Estudos de Validação; Transtornos de Deglutição; Programas de Rastreamento e Broncopneumonia.

### *b) Construção do instrumento*

Os itens que compõem o instrumento foram baseados na literatura. Os dados envolvem os principais possíveis norteadores que indiquem o maior risco de broncoaspiração, na presença ou não do item. São eles:

- *Idade (≥ 60 anos)* - Em idosos o aumento da prevalência de fragilidade física e o risco de declínio podem combinar para um impacto negativo na função da deglutição (PAYNE; MORLEY, 2017). Para Baijens et al., (2016) a DO é um problema prevalente e sério nos pacientes idosos, uma vez que a resposta da DO é prejudicada podendo causar aspiração (BAIJENS et al., 2016);
- *Doença Progressiva* – Muitas afecções do sistema nervoso podem mostrar alterações na deglutição, que dependerá da doença de base e da fase em que se encontra (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017). A maioria das afecções esofágicas apresenta a disfagia como um ou como o principal sintoma da doença do órgão. A dificuldade durante a passagem do bolo alimentar pelo esôfago pode ser decorrente de doenças orgânicas ou doenças relacionadas com motilidade esofágica (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017). Conforme Dedivitis e seus colaboradores (2017), qualquer mecanismo que eventualmente possa interferir no mecanismo complexo de deglutição-respiração pode resultar em algum grau de disfagia para o paciente (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017). Segundo Dedivitis e seus colaboradores (2017), após cirurgia de câncer de boca e orofaringe o paciente pode apresentar incontinência oral ou nasal, dificuldade na propulsão do alimento, redução na pressão intraoral, dificuldade na mastigação, limitação na abertura de boca, aumento de trânsito oral e presença de resíduos alimentares em boca. A penetração e aspiração podem ocorrer antes da deglutição por falta de controle oral principalmente após cirurgia;
- *Escala de Coma de Glasgow* – A Escala de Coma de Glasgow determina alterações do nível de consciência de forma global. Consiste na avaliação de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. No total de 15 pontos, a avaliação neurológica é considerada normal em relação ao nível de consciência e o menor, 3, é



compatível com morte cerebral, porém não é indicativa desta (SOUZA et al., 2016). Após as avaliações dos três parâmetros avaliados, sugere-se a subtração do Escore de Reatividade da Pupila (ARAÚJO, 2018). Na literatura (KWOK et al., 2013; SKORETZ; FLOWERS; MARTINO, 2010), o nível rebaixado de consciência tem impacto no mecanismo de deglutição, inclusive podendo levar a aspiração;

- *IOT* – As causas mecânicas estão relacionadas com o tubo orotraqueal, por alterações estruturais da anatomia da glote, causada pela ulceração das pregas vocais e edema laríngeo e/ou pela interrupção do reflexo de deglutição, causada pela atrofia muscular, incoordenação e propriocepção diminuída (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017);
- *Tempo IOT* ( $\geq 24$  horas) – (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017) recomenda que os pacientes que necessitam de ventilação mecânica por mais de dois dias recebam avaliações clínicas e objetiva da deglutição para diagnosticar disfagia com ou sem aspiração e/ou atrasar a ingestão oral por, pelo menos, 24-48 horas pós extubação;
- *TQT* – A TQT provoca alterações neurofisiológica e mecânicas no processo de coordenação da respiração e deglutição, aumentando o risco de aspiração. Dentre elas: queda da pressão do ar subglótico e fluxo glótico; diminuição da elevação laríngeo; alteração da sensibilidade laríngeo e alteração do trânsito faríngeo (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017);
- *Dispneia* – Deglutição e respiração são reflexos e movimentos orquestrados, independentes e sinérgicos, com o objetivo de propelir a saliva e/ou bolo alimentar da cavidade oral em direção a via digestiva, com proteção da via aérea, mostrando diferentes funções do trato aerodigestório de acordo com a fase da deglutição e ciclo respiratório (DEDIVITIS; SANTORO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017). Algumas manifestações costumeiras indicadoras do quadro de pneumonia são tosse em primeiro lugar seguido de dispneia (ARRUDA, 2018);

- *Higiene Oral* – Estudos relatam que a higiene bucal em pacientes enfermos previne infecções e doenças secundárias como pneumonia aspirativa (NASCIMENTO et al., 2018);
- *Via Alternativa de Alimentação* – Conforme a literatura (TOH YOON, 2018), eventos adversos que impedem o uso de nutrição enteral e que está relacionado com pneumonia aspirativa: refluxo gastroesofágico e intolerância alimentar, podendo haver grandes volumes residuais gástricos;
- *Tosse/Engasgo* – Aspiração ou penetração de líquidos ou alimentos na laringe provoca um profundo reflexo de tosse em indivíduo normal para impedir que as partículas entrem no sistema respiratório. Quando a aspiração se torna patológica, causando tosse sintomática e pneumonia aspirativa, a significância do tratamento passa a ser questão de vida (FRITZ; SUITER; POSTMA, 2019).

#### 4.3.2 Etapa 2 - Validação de conteúdo do Instrumento

A amostra foi composta por seis juízes, sendo eles: um médico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e três enfermeiros. As demais características da amostra estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características da amostra de juízes que participaram do estudo.

<b>Categoria profissional</b>	<b>Gênero</b>	<b>Máxima titulação acadêmica</b>	<b>Tempo de atuação na área profissional</b>	<b>Vivência relacionada ao tema broncoaspiração</b>
Médico	Feminino	Mestrado	mais de 20 anos	Prática
Fisioterapeuta	Feminino	Mestrado	6 a 10 anos	Prática
Fonoaudiólogo	Feminino	Doutorado	11 a 20 anos	Prática e acadêmica
Enfermeiro	Masculino	Mestrado	6 a 10 anos	Prática
Enfermeiro	Feminino	Especialização	1 a 5 anos	Prática e acadêmica
Enfermeiro	Feminino	Especialização	6 a 10 anos	Prática

Fonte: a autora, 2020.

O grupo de juízes foi escolhido pela busca no Currículo Lattes e pela vivência da prática ao tema broncoaspiração, onde todos atuam em ambiente hospitalar. Cinco juízes trabalham em hospitais públicos e um atuante em hospital particular. Cinco juízes atuantes no estado do Paraná – Curitiba - e um

juiz no estado de São Paulo, capital. A titulação foi solicitada no questionário prévio à avaliação do instrumento. O contato foi realizado através de correio eletrônico, por meio de carta de apresentação (APÊNDICE A), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), aos que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado a assinatura e o envio do termo.

Após o aceite, os mesmos receberam a versão do Instrumento Multiprofissional para Rastreio do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar (APÊNDICE C). Os juízes receberam *online* a seleção dos parâmetros que compuseram a versão do instrumento e tiveram um prazo de sete dias para responder. Foi solicitado que, caso julgassem algum item como inadequado, justificassem e apresentassem sugestões de modificações e/ou exclusão do item; caso houvesse item ou itens que julgassem relevantes e não constassem no protocolo, pediu-se que justificassem e apresentassem sugestões de inclusão dos mesmos.

Foram questionados aos juízes a concordância em 10 itens, mais o somatório do instrumento, são eles: 1. Paciente possui  $\geq 60$  anos?; 2. Apresenta histórico de doença progressiva?; 3. Paciente apresenta escala de Glasgow  $< 13$ ?; 4. Necessitou de intubação orotraqueal?; 5. Tempo em intubação orotraqueal  $> 24h$ ?; 6. Utiliza traqueostomia? 7. Paciente apresenta sensação de dispnéia?; 8. Paciente apresenta higiene oral inadequada?; 9. Paciente utiliza via alternativa de alimentação; 10. Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?.

As respostas quanto à avaliação de concordância foram do tipo categóricas baseadas no questionário de Likert, onde os juizes poderiam responder: não entendi, entendi pouco, entendi parcialmente, entendi plenamente.

Para a análise de concordância entre os juízes foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo para cada item (IVC-I) para cada item do instrumento (Cálculo 1).

$$IVCI = \frac{\text{número de respostas concordantes}}{\text{número total de respostas}} \quad (1)$$

onde,

*IVCI*, corresponde ao Índice de Validade de Conteúdo para cada item;

*número de respostas concordantes*, corresponde ao número de juízes que responderam ao item como “entendi plenamente” ou “entendi parcialmente”;

*número total de respostas*, corresponde ao número total de respostas informadas pelos juizes.

Posteriormente à análise de concordância de cada item, foi realizado o Índice de Validade de Conteúdo Total (IVC-T) do instrumento, esse cálculo foi realizado com base no somatório de todos os IVC-I, dividido pelo número de itens do instrumento.

O valor de IVC pode variar de 0 a 1,0, onde quanto mais próximo a 1,0 maior a concordância entre os juízes. Para este estudo, considerou o número de seis juízes. Para essa quantidade, pode-se existir uma pequena não-concordância, ou seja, o valor mínimo para que o instrumento seja validado tem de ser de 0,79.

Além do questionamento aos juízes quanto a concordância, os mesmos foram questionados quanto à relevância de cada item do instrumento com relação ao risco de broncoaspiração. No formulário havia a possibilidade de indicar apenas uma das quatro respostas: “Considero essa questão muito relevante ao risco de broncoaspiração”, “Considero essa questão parcialmente relevante ao risco de broncoaspiração”, “Não considero essa questão pouco relevante ao risco de broncoaspiração” e “Não considero essa questão relevante ao risco de broncoaspiração”. Esses dados serão apresentados por meio de distribuição de frequências.

## 5 RESULTADOS

Os resultados obtidos na validação de conteúdo serão apresentados neste capítulo, seguindo a ordem de concordância entre os juízes e, na sequência, à relevância de cada item do instrumento com relação ao risco de broncoaspiração.

Os resultados da análise dos juízes, o IVC-I e o IVC-T estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Índices de validade de conteúdo do instrumento - análise dos juízes.

<b>Itens</b>	<b>Número de juízes que consideraram o item "entendi plenamente" ou entendi parcialmente".</b>	<b>IVC-I</b>
Paciente possui ≥ 60 anos?	6	1
Apresenta histórico de doença pregressa?	6	1
Paciente apresenta escala de Glasgow < 13?	6	1
Necessitou de intubação orotraqueal?	6	1
Tempo em intubação orotraqueal ≥ 24h?	6	1
Utiliza traqueostomia?	6	1
Paciente apresenta sensação de dispnéia?	6	1
Paciente apresenta higiene oral inadequada?	6	1
Paciente utiliza via alternativa de alimentação?	6	1
Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?	6	1
Somatório	6	1
	<b>IVC-T</b>	<b>1,0</b>

Legenda: Índice de Validade de Conteúdo do Instrumento (IVCI) e Índice de Validade de Conteúdo Total (IVCT). Fonte: a autora,2020.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 1, todos os juízes apresentaram concordância com relação a cada item do instrumento e também em sua totalidade.

Na Tabela 2, estão apresentadas as opiniões dos juízes com relação a relevância dos itens para avaliar o risco de broncoaspiração.

Tabela 2 – Distribuição de frequências das opiniões dos juízes com relação a relevância dos itens para avaliar riscos de broncoaspiração.

Itens	Relevância			
	Considero essa questão muito relevante n (%)	Considero essa questão parcialmente relevante n (%)	Considero essa questão pouco relevante n (%)	Não considero essa questão relevante n (%)
Paciente possui ≥60 anos?	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Apresenta histórico de doença progressa?	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Paciente apresenta escala de Glasgow < 13?	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Necessitou de intubação orotraqueal?	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Tempo em intubação orotraqueal ≥ 24h?	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Utiliza traqueostomia?	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Paciente apresenta sensação de dispnéia?	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)
Paciente apresenta higiene oral inadequada?	4 (66,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (16,7%)
Paciente utiliza via alternativa de alimentação	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Somatório	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: a autora, 2020.

Com relação ao questionamento quanto a relevância dos itens para avaliar o risco de broncoaspiração (Tabela 2), é possível observar que grande parte dos juízes considera os itens muito relevantes e apenas 1 (16,7%) dos juízes opina como não relevante o item 8. Paciente apresenta higiene oral inadequada?.

O item com maior apontamento pelo grupo de juízes foi 3. Paciente apresenta escala de Glasgow <13?, como o conhecimento dos profissionais quanto a escala e sugeriram mudança para “alteração do nível de consciência”.

## 6 DISCUSSÃO

Apesar da literatura mostrar vários instrumentos de rastreio da disfagia, ainda não há padronização quanto aos itens relevantes na identificação do paciente internado quanto ao risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar. Cada serviço opta em descrever e considerar seus itens conforme a demanda e população a qual atendem. No entanto, a padronização dos itens propicia menores chances de subnotificação dos pacientes em risco, evitando agravamento destes.

As áreas escolhidas que compuseram o quadro de juízes (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo) foram considerados por serem aquelas que, geralmente, apresentam o contato imediato com o paciente recém internado, identificando os fatores de risco de broncoaspiração previamente. Além disso, são as áreas mais presentes em processos como IOT e extubação, detendo de conhecimentos mais específicos para analisarem de maneira mais criteriosa os itens do instrumento proposto para a validação nesta primeira etapa, ou seja, de conteúdo.

Com relação ao instrumento proposto no item 1. Paciente possui  $\geq 60$  anos?, houve concordância entre todos os juízes em validade e relevância. A literatura também é concordante quanto a este critério, pois estudos trazem a importância da atenção à população idosa a respeito das consequências em um evento de pneumonia. De acordo com a literatura (CHOJIN et al., 2017) pacientes idosos com pneumonia apresentam doenças associadas que aumentam a gravidade e o risco de mortalidade, um dos fatores de maior risco é a aspiração. Ainda, Madhavan et al. (2018), em seus estudos, o critério de inclusão foi de pacientes  $> 60$  anos já que há evidências no que se refere às mudanças na deglutição, nutrição e habilidades físicas a partir da sexta década de vida (MADHAVAN et al., 2018).

O item 2. Apresenta histórico de doença progressa? do instrumento foi validado pelos juízes. O critério corrobora com a literatura (CARMO et al., 2018) onde ao propor um gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com DO, comprovaram o predomínio de neuropatias como risco. Para Delegge (2002) além das doenças neurológicas outros fatores estão

associados ao risco de broncoaspiração como cirurgias de cabeça e pescoço e doenças pulmonares (DELEGGE, 2002).

Um dos itens escolhidos para a construção do instrumento foi 3. Paciente apresenta escala de Glasgow < 13?. Ao analisar o instrumento, um dos juízes questionou o fato do conhecimento da escala entre os profissionais. No estudo de Furmann e Costa (2015) ao identificar critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de alimentação via oral em pacientes hospitalizados, a Escala de Coma de Glasgow foi a escala mencionada pelos 45 profissionais participantes, no total de 48 (FURMANN; COSTA, 2015). O item validado pelos juízes corrobora com Medeiros e seus colaboradores (2016) onde ao correlacionar a gravidade de pacientes críticos não neurológicos com preditores clínicos de broncoaspiração, concluíram no estudo como um dos preditores a Escala de Coma de Glasgow, com escore  $\leq 14$  (MEDEIROS et al., 2016).

Os itens do instrumento 5. Tempo de intubação  $\geq 24$  horas?, 6. Utiliza traqueostomia? e 7. Paciente apresenta sensação de dispnéia?, foram validados pelo grupo de juízes. Há concordância dos mesmos critérios na literatura mostrado em um estudo de Almeida et al., (2017) que considera esses fatores preditivos de risco para DO (ALMEIDA et al., 2017).

A maioria dos juízes consideraram os itens 4. Necessitou de intubação orotraqueal? e 5. Tempo em intubação orotraqueal  $\geq 24$  horas? muito relevante ao risco de broncoaspiração e validaram ambos itens. Em um estudo de coorte retrospectivo, See e colaboradores (2016) fizeram uma análise de grupos de pacientes extubados com > 72 horas de ventilação mecânica, considerando que maior tempo de intubação orotraqueal predispõe pacientes à disfagia pós extubação (SEE et al., 2016). Ainda, nos estudos de Nascimento e colaboradores (2018) e Oliveira e colaboradores (2018), o aumento do tempo de intubação orotraqueal elevou em 5,5 vezes o risco de aspiração (NASCIMENTO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

É uma prática comum ocorrer a avaliação da deglutição até 24 horas ou mais após extubação, com base no pressuposto de que a função da deglutição melhora nas primeiras 24 horas (MARVIN; THIBEAULT; EHLENBACH, 2019).

O item 7. Paciente apresenta sensação de dispnéia? foi validado pelo grupo de juizes. A dispnéia, juntamente com a dor torácica e a tosse,



configuram uma tríade sintomatológica clássica das pneumonias (PORTO; PORTO, 2019).

No instrumento o item 8. Paciente apresenta higiene oral inadequada?, houve um juiz a qual considerou o item não relevante ao risco de broncoaspiração. Cavalcante e Matos (2015), constataram que a implantação da prática correta de higiene oral nos pacientes críticos, contribuiu com uma significativa redução de infecções em unidade de terapia intensiva (CAVALCANTE; MATOS, 2015). Além disso, Madhavan e seus colaboradores (2018), ao desenvolverem uma ferramenta de triagem para identificação da disfagia, incluíram como um dos norteadores a saúde bucal (MADHAVAN et al., 2018). Apesar da consideração do juiz, o item em questão foi validado pelo grupo.

Behera e colaboradores (2018), realizaram um estudo para desenvolver uma ferramenta de triagem de deglutição válida e confiável, em pacientes com AVC, e consideraram dentre os critérios norteadores: histórico de uso de via alternativa de alimentação, uso de traqueostomia e a presença de tosse (BEHERA et al., 2018). Na avaliação do Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar, o grupo de juízes consideraram válidos os itens 9. Paciente utiliza via alternativa de alimentação?, 6. Utiliza traqueostomia? e 10. Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?, além disso, acharam os critérios muito relevantes ao risco de broncoaspiração.

Ainda, quanto ao item 10. Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?, houve entre os juízes concordância total em relevância, o que corrobora com o estudo de Ferrucci e colaboradores (2019), que consideraram um dos sinais clínicos preditores de broncoaspiração a presença de tosse após deglutição (FERRUCCI et al., 2019).

O Somatório também foi validado pelos juízes. No caso de não haver risco de broncoaspiração, recomenda-se higienização oral e vigilância do paciente na presença de risco. Na presença de risco para o paciente, recomenda-se cabeceira do leito em  $\geq 30^\circ$ , higienização oral e acionamento da equipe multidisciplinar. Intervenções recomendadas também pela *NIC – Classification of Nursing Interventions*, como posicionar o paciente verticalmente com ângulo igual ou superior a  $30^\circ$ , podendo atingir até  $90^\circ$  se

houver possibilidade; manter cabeça elevada 30 a 40 minutos após a alimentação e prestar cuidados bucais (BUTCHER; BULECHEK, GLORIA M. DOCHTERMAN; WAGNER, 2016).

O complexo processo de validação de instrumentos tem como partes a validação do conteúdo e o processo de respostas. Efetuar todas as etapas é uma forma de contribuir para a construção de instrumentos clínicos, os quais possuem baixo custo e considerável relevância social, tendo ainda um elevado índice de evidências científicas. Ou seja, é necessário dar continuidade aos estudos para avaliar as propriedades psicométricas e aperfeiçoar o instrumento proposto.

Ainda, são necessárias pesquisas com relação a aplicação do Instrumento Multiprofissional para Rastreamento do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar, por profissionais habilitados, para validar o instrumento quanto a sua aplicabilidade. Nesta etapa, sugere-se maior gama de profissionais envolvidos, exemplos, nutricionistas, odontólogos e técnicos de enfermagem.

Por fim, a possibilidade de padronizar os itens mais relevantes a serem considerados na identificação do paciente em risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar, é bastante significativo, uma vez que sua detecção promove melhor diagnóstico do quadro de disfagia, contribuindo para melhores condutas multiprofissionais refletindo em menor tempo de internação deste paciente e menores taxas de morbidade e mortalidade devido à pneumonia aspirativa.

## **7 CONCLUSÃO**

O Instrumento Multiprofissional para Rastreio do Risco de Broncoaspiração em Ambiente Hospitalar foi desenvolvido e apresenta validade de conteúdo, assegurado por uma equipe expert na área.

O instrumento proposto foi capaz de padronizar os itens relevantes para rastrear o paciente em risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.

ALMEIDA, T. M. et al. Instrumento de rastreio para disfagia orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico - Parte I: evidências de validade baseadas no conteúdo e nos processos de resposta. **CoDAS**, v. 29, n. 4, p. 1–9, 2017.

ARAÚJO, J. A. M. DE. **Escala de Coma de Glasgow - orientações e associação com a avaliação pupilar**. Qualis ed. Sobral/CE: Grupo de respostas e ensino em emergências pré-hospitalares, 2018. v. 5.

ARRUDA, M. R. R. Uma breve revisão sobre a classificação, quadro clínico e diagnóstico da pneumonia. **Revista Uniplac**, v. 6, n. 1, p. 2018, 2018.

BAIJENS, L. W. J. et al. European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Clinical Interventions in Aging**, v. 11, p. 1403–1428, 2016.

BALAN, M. A. J. B. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. [s.l.] UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 2008.

BASSI, D. **Doença pulmonar obstrutiva cônica: considerações sobre deglutição e qualidade de vida**. [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2014.

BECK-SCHIMMER, B. B.; BONVINI, J. M. Bronchoaspiration: Incidence, consequences and management. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 28, n. 2, p. 78–84, 2011.

BEHERA, A. et al. A Validated Swallow Screener for Dysphagia and Aspiration in Patients with Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 27, n. 7, p. 1897–1904, 2018.

BELAFSKY, P. C. et al. Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). **Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology**, v. 117, n. 12, p. 919–924, 2008.

BUTCHER, H. K.; BULECHEK, GLORIA M. DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. M. **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. [s.l.] Elsevier, 2016.

CARMO, L. F. DOS S. et al. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 4, p. 532–540, 2018.

CAVALCANTE, L. DA S.; MATOS, M. DO P. S. DE O. Práticas de higienização oral ao paciente da UTI e efeitos benéficos na análise de 30 enfermeiros no Pronto Socorro e Hospital 28 de Agosto em Manaus/AM. **J. Health Sci. Inst**, v. 33, n. 3, p. 239–242, 2015.

CHAVES, R. DE D. **Achados clínicos e da análise videofluoroscópica da deglutição em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2014.

CHO, S. Y. et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a U.S. community study. **Neurogastroenterol Motil**, v. 27, n. 2, p. 212–219, 2015.

CHOJIN, Y. et al. Evaluation of the mann assessment of swallowing ability in elderly patients with pneumonia. **Aging and Disease**, v. 8, n. 4, p. 420–433, 2017.

CLAVÉ, P.; SHAKER, R. Dysphagia: Current reality and scope of the problem. **Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology**, v. 12, n. 5, p. 259–270, 2015.

COHEN, D. L. et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. **International Journal of Stroke**, v. 11, n. 4, p. 399–411, 2016.

DE SOUZA HERCULANO, A. B. et al. Periodontal disease and bronchoaspiration in a neurovegetative patient. **Revista Brasileira de Terapia**

**Intensiva**, v. 30, n. 2, p. 244–245, 2018.

DEDIVITIS, R. A.; SANTORO, P. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. **Manual prático de disfagia - diagnóstico e tratamento**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Reviter, 2017.

DELEGGE, M. H. **Aspiration Pneumonia: Incidence, Mortality, and At-Risk Populations***Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2002.

DIBARDINO, D. M.; WUNDERINK, R. G. **Aspiration pneumonia: A review of modern trends***Journal of Critical Care*, 2015.

DONOVAN, N. J. et al. Dysphagia screening: State of the art. Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. **Stroke**, v. 44, n. 4, p. 24–31, 2013.

EDMIASTON, J. et al. A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against videofluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 23, n. 4, p. 712–716, 2014.

ETGES, C. L. et al. Screening tools for dysphagia: A systematic review. **Codas**, v. 26, n. 5, p. 343–349, 2014.

FERNANDES, K. P.; ODA, S. A. DOS S. Disfagia neurogênica. In: DEDIVITIS, R. A.; SANTORO, P. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. (Eds.). . **Manual prático de disfagia - diagnóstico e tratamento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 1–277.

FERRUCCI, J. L. et al. Comparison between the functional aspects of swallowing and clinical markers in ICU patients with Traumatic Brain Injury (TBI). **Codas**, v. 31, n. 2, p. 1–11, 2019.

FORMIGONI, M. L. O. S.; CASTEL, S. Rating scales of drug dependence: general aspects. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 26, p. 5–39, 1999.

FRITZ, M. A.; SUITER, D. M.; POSTMA, G. . Chronic Cough. In: **Dysphagia in Chronic Cough**. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc, 2019.

FURMANN, N.; COSTA, F. M. Critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1278–1287, 2015.

GIACHETI, C. M.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. **Perspectivas Multidisciplinares em Fonoaudiologia: da Avaliação à Intervenção**. São Paulo: Universitária, Oficina, 2013.

GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. **GOLD, Global Obstructive Lung Disease**, p. 1–44, 2018.

GOULART, B.; CHIARI, B. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, p. 223–232, 2007.

JOTZ, G. P.; ANGELIS, E. C.; BARROS, A. P. B. **Tratado da Deglutição e Disfagia no adulto e na criança**. [s.l.] Tieme Revinter, 2017.

KWOK, A. M. et al. Post-extubation dysphagia in trauma patients: It's hard to swallow. **American Journal of Surgery**, v. 206, n. 6, p. 924–928, 2013.

LEE TITSWORTH, W. et al. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. **Stroke**, v. 44, n. 11, p. 3154–3160, 2013.

LOGEMANN, J. A.; VEIS, S.; COLANGELO, L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**, v. 14, n. 1, p. 44–51, 1999.

LOIVOS, L. DPOC - definição e conceitos - as bases clínicas. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**, v. 1, n. 1, p. 34–37, 2009.

MADHAVAN, A. et al. Preliminary development of a screening tool for pre-clinical dysphagia in community dwelling older adults. **Geriatrics (Switzerland)**, v. 3, n. 4, p. 1–12, 2018.

MAEDA, K.; AKAGI, J. Oral care may reduce pneumonia in the tube-fed elderly: A preliminary study. **Dysphagia**, v. 29, n. 5, p. 616–621, 2014.

MARIK, P. **Aspiration Syndromes**. New York: Springer-Verlag, 2001.

MARVIN, S.; THIBEAULT, S.; EHLENBACH, W. J. Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter?. **Dysphagia**, v. 34, n. 2, p. 210–219, 2019.

MEDEIROS, G. C. DE et al. Correlação entre a gravidade de pacientes críticos e preditores clínicos de risco para a broncoaspiração. **J Bras Pneumol**, v. 2, n. 42, p. 114–120, 2016.

MEDEIROS, G. C. **Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTIs**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2012.

MENEZES, P. R. .; NASCIMENTO, A. . Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C. .; ANDRADE, L. H. S. .; ZUARDI, A. . (Eds.). . **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p. 23–28.

MOZZANICA, F. et al. Screening della disfagia nelle unità di cure sub-acute utilizzando la versione Italiana del Royal Brisbane and Women's Hospital (I-RBWH) dysphagia screening tool. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 37, n. 1, p. 25–31, 2017.

NASCIMENTO, N. P. G. DO et al. Aspiration Pneumonia and oral health: a critical review of literature. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 75, p. 1–7, 2018.

OLIVEIRA, A. C. M. DE et al. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 84, n. 6, p. 722–728, 2018.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206–2013, 1998.

PAYNE, M. A.; MORLEY, J. E. Dysphagia: A New Geriatric Syndrome. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 7, p. 555–557, 2017.



PEHLING, J. et al. Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: A new outcome measure for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, v. 16, n. 4, p. 296–304, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index : Are You Sure You Know What ' s Being Reported? Critique and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, p. 489–497, 2006.

PORTO, A. L.; PORTO, C. C. **Semiologia médica**. Belo Horizonte: Guanabara Koogan, 2019.

SANTORO, P.; PINHEIRO, T. Avaliação clínica da deglutição no adulto e no idoso. In: **Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p. 47–57.

SCHROCK, J. W. et al. A novel emergency department dysphagia screen for patients presenting with acute stroke. **Academic Emergency Medicine**, v. 18, n. 6, p. 584–589, 2011.

SEE, K. C. et al. Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: A retrospective cohort study in critically ill medical patients. **Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2016.

SKORETZ, S. A.; FLOWERS, H. L.; MARTINO, R. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation a systematic review. **Chest**, v. 137, n. 3, p. 665–673, 2010.

SMITH, P. A. Nutrition, Hydration, and Dysphagia in Long-Term Care: Differing Opinions on the Effects of Aspiration. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 7, n. 9, p. 545–549, 2006.

SOUZA, M. F. et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: **Anamnese e Exame Físico – Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. [s.l.] Artmed Editora S.A, 2016.

SREEDHARAN, R.; LIACOURAS, C. . Principais Sintomas e Sinais dos Distúrbios do Trato Digestivo. In: **Bradley's Neurology in Clinical Practice**.

Seventh ed. [s.l.] Elsevier Inc., 2016. p. 2016.

SZPILMAN, D.; LOPES, W. Afogamento no Pré Hospitalar. In: **Resgate: Emergência em Trauma**. [s.l.] Elsevier Editora Ltda, 2019. p. 263–279.

TOH YOON, E. W. A novel semi-solidifying liquid formula via the nasogastric route to maintain enteral nutrition in the event of recurrent aspiration pneumonia: A case report. **Clinical Case Reports**, v. 6, n. 9, p. 1708–1712, 2018.

WEINHARDT, J. et al. Accuracy of a bedside dysphagia screening: A comparison of registered nurses and speech therapists. **Rehabilitation Nursing**, v. 33, n. 6, p. 247–252, 2008.

YEO, H.; ROSENTHAL, R. . **Cirurgia no paciente geriátrico**. 20ª edição ed. [s.l.] Elsevier Editora Ltda, 2018.

ZETTLER, E. W. Aspiração. In: **Tratado da Deglutição e Disfagia no Adulto e na Criança**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2010. p. 2010.

## APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado (a),

Você foi convidado a participar como juiz (a) na validação de um instrumento multiprofissional para rastreio do risco de broncoaspiração em ambiente hospitalar.

A proposta do estudo foi desenvolvida pela pesquisadora ana paula de andrade sartori, mestranda do programa de pós-graduação em distúrbios da comunicação da universidade tuiuti do paraná, sob orienta o da professora doutora rosane sampaio santos. A pesquisa foi aprovada pelo comite de  tica em pesquisa com o número do parecer: 2.967.349.

A elabora o deste material surgiu na ausência de instrumentos capazes de auxiliar no rastreio de risco de broncoaspira o em ambiente hospitalar.

O conteúdo utilizado para sua cria o foi baseado nos achados da literatura científica e compilado de maneira lógica e coerente com o fluxo das a o es realizados na prática clínica.

Composto estruturalmente por dez questões, todas de domínio multiprofissional. As respostas são categorizadas em “não” e “sim”, ou seja, não havendo ou havendo a presença do fator de risco.

Este instrumento será avaliado pelas seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

**Todos os itens do instrumento deverão ser avaliados.**

**LEMBRANDO QUE PARA A PARTICIPA O NO ESTUDO, FAZ-SE NECESSÁRIO A ASSINATURA DO TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Boa avalia o

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Ana Paula de Andrade Sartori, mestranda da Universidade Tuiuti do Paraná, estou convidando você a participar como juiz (a) avaliador no projeto de validação de um instrumento multiprofissional para rastreio do risco de broncoaspiração.

O objetivo desta pesquisa é validar em forma e conteúdo um INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA RASTREIO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR, que auxiliará os profissionais no rastreio do risco de broncoaspiração em pacientes internados em âmbito hospitalar.

Caso você participe da pesquisa, será solicitado que o instrumento seja analisado e que sejam feitas as considerações que julgar pertinente em cada um dos itens. Solicita-se que avalie se o instrumento responde ao que se propõe sua adequação conceitual, sua relevância, clareza, abrangência e estrutura. Além de que é esperado que sejam feitas sugestões, como alterações ou indicações de novos itens ou até mesmo exclusões de itens existente, sempre justificando sua contribuição.

A pesquisa não oferece riscos aos participantes e os benefícios serão demonstrados através da validação de um instrumento que poderá auxiliar no rastreio do risco de broncoaspiração.

A pesquisadora Ana Paula de Andrade Sartori responsável por este estudo poderá ser localizada na Rua Lothário Boutin, 90, bairro Pinheirinho, na cidade de Curitiba-PR, telefone para contato (41) 3316-5910 e (41) 99511-9234 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em Relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do juiz

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL

### INSTRUMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA RASTREIO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

	Pontuação
<b>Questão 1</b> - Paciente possui $\geq 60$ anos?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 2</b> - Apresenta histórico de doença pregressa (Neurológica, Respiratória, Esofágica, Gástrica, Cx Cabeça e Pescoço)?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 3</b> - Paciente apresenta escala de Glasgow $< 13$ ?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 4</b> - Necessitou de intubação orotraqueal?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 5</b> - Tempo em intubação orotraqueal $\geq 24$ h?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 6</b> - Utiliza traqueostomia?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 7</b> - Paciente apresenta sensação de dispnéia?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 8</b> - Paciente apresenta higiene oral inadequada?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 9</b> - Paciente utiliza via alternativa de alimentação (SNE, GTT, Jejunostomia)?	
( ) Não	0
( ) Sim	1
<b>Questão 10</b> - Paciente apresenta tosse/engasgo durante a alimentação ou com a saliva?	
( ) Não	0
( ) Sim	1

**TOTAL DA PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

#### Somatório 0 - 10

**Pontuação 0:** Paciente sem risco de broncoaspiração.

**Recomendação:** Vigilância do paciente na presença de fatores de risco. Higienização oral (mínimo 3 vezes/dia).

**Pontuação a partir de 1:** Paciente em risco de broncoaspiração.

**Recomendação:** Manter cabeceira do leito em  $\geq 30^\circ$ . Higienização oral (mínimo 3 vezes/dia). Acionar equipe multidisciplinar.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Profissional Responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE TUIUTI DO  
PARANÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE BRONCOASPIRAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

**Pesquisador:** ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 98479218.5.0000.8040

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.987.349

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo é transversal, quantitativo e qualitativo. Ou seja, será realizado em um momento fixo e específico, utilizando variáveis de pesquisa numéricas e de categorias. Para a análise da validade de conteúdo do protocolo, inicialmente verificou-se a representatividade dos itens que o compõe, por meio de consulta à literatura.

Um grupo composto por cinco fonoaudiólogos especialistas em disfagia orofaríngea, pesquisadores ou profissionais que atuam com disfagia orofaríngea, serão convidados a participar da pesquisa. Após o aceite, os mesmos receberão a primeira versão do Protocolo de Broncoaspiração que aprovarão ou não a inclusão das questões no protocolo. Será solicitado que, caso julguem algum item como inadequado, justifiquem e apresentem sugestões de modificações e/ou exclusão do item; caso houver item ou itens que julguem relevantes e não constassem do protocolo,

pedirá que justifiquem e apresentem sugestões de inclusão dos mesmos. Com o trabalho dos juízes, serão concluídos os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida do conteúdo e, a partir daí a elaboração, por parte do pesquisador responsável que posteriormente será aplicado por fonoaudiólogos e demais profissionais em desdobramentos futuros da presente pesquisa.

**Endereço:** Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo  
**Bairro:** SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br

Documento 01 de 05

Continuação do Parecer: 2.967.349

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Validar em forma e conteúdo um protocolo multiprofissional de broncoaspiração em uma instituição hospitalar.

**Objetivo Secundário:**

Desenvolver um protocolo de avaliação de broncoaspiração.

Validar em aparência o protocolo através da avaliação de cinco juízes mestres e/ou doutores em fonoaudiologia e demais profissionais, atuantes na área de disfagia.

Através da análise das respostas dos profissionais, realizar a validação em conteúdo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Observou-se que o projeto de pesquisa deixa todos os pontos importantes explícitos, esclarecendo e que seu desenvolvimento não oferta malefícios aos sujeitos.

**Benefícios:**

As informações obtidas na pesquisa terão benefícios influenciando positivamente e auxiliando durante o trabalho da equipe multiprofissional na avaliação para broncoaspiração

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios estão adequados

**Recomendações:**

Idem item conclusões

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1191724.pdf	13/09/2018 23:03:22		Aceito

**Endereço:** Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo  
**Bairro:** SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br



Continuação do Parecer: 2.967.349

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	13/09/2018 23:02:45	ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_carta.pdf	13/09/2018 23:01:28	ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/09/2018 22:59:03	ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	13/09/2018 22:55:57	ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI	Aceito
Outros	Encaminhamento_PROPPE.pdf	13/09/2018 22:48:42	ANA PAULA DE ANDRADE SARTORI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 17 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Cristina Antunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo  
**Bairro:** SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br