



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Elaboração e Validação de Protocolo de Rastreio Multiprofissional
de Disfagia em Pacientes com Infecção HIV**

Luise Alexandre Rocha Soutinho

RIO DE JANEIRO

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

**Elaboração e Validação de Protocolo de Rastreamento Multiprofissional
de Disfagia em Pacientes com Infecção HIV**

Luise Alexandre Rocha Soutinho

Sob a Orientação do Professor
Daniel Aragão Machado

e Co-orientação do Professor
Charles Henrique Dias Marques

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área de Infecção HIV/AIDS.

Rio de Janeiro

2018

Soutinho, Luise Alexandre Rocha.

Elaboração e Validação de Protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em pacientes com infecção HIV / Luise Alexandre Rocha Soutinho. – Rio de Janeiro, 2018.

69

Orientador: Daniel Aragão Machado.

Coorientador: Charles Henrique Dias Marques.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2018.

1. Síndromes de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Disfagia. 4. Protocolos. 5. Equipe de Assistência ao Paciente I. Soutinho, Luise Alexandre Rocha Soutinho. II. Machado, Daniel Aragão, orient. III. Marques, Charles Henrique Dias, coorient. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

Luise Alexandre Rocha Soutinho

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais na Área de HIV/Aids

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 21/02/2018

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
Presidente - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
1º Examinador – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Yonatta Salarini Vieira Carvalho
2º Examinador – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof. Dr. Max Kopti Fakoury
Suplente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Dra. Lidia Becker
Suplente – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família e a todos que eu amo, por todo incentivo e carinho; aos meus orientadores, que desde o início demonstraram paciência e confiança nesse projeto e a todos aqueles que ainda acreditam que a “educação muda as pessoas e pessoas transformam o mundo.” (Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda força e coragem para seguir em frente sempre, por maior que seja a dificuldade.

À minha família pela oportunidade de conhecimento, por serem minha base em todos os momentos. Especialmente à minha mãe, Denise Rocha, por ter feito eu me apaixonar por essa linda profissão e me dar apoio em todas as minhas escolhas.

Ao meu namorado, Alexandre Cantarelli, por toda paciência e carinho, por ser meu revisor de textos, por me incentivar a querer ser sempre melhor e por me fazer acreditar no meu potencial durante todos esses anos.

Aos meus amigos, que por muitas vezes me ouviram só falar desse assunto, aceitaram minha ausência e me ajudaram a conciliar tantos empregos e aulas.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Aragão Machado, por ter aceitado orientar uma fonoaudióloga, por toda a sua atenção e disponibilidade em meio a tantos compromissos.

Ao meu coorientador, Prof. Charles Henrique Dias Marques, pela paciência, por ter lido inúmeras vezes as mesmas linhas e por sempre estar disposto a me ajudar, me dando oportunidades e dividindo comigo seus conhecimentos e experiências.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, Prof^a Yonatta Salarini Vieira Carvalho, Prof. Dr. Max Kopti Fakoury e Prof^a Dr^a Lidia Becker, por todas as considerações feitas, que contribuíram para o enriquecimento desse trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Infecção HIV / AIDS e Hepatites Virais – PPGHIV/HV e colegas da turma de 2016, por todo ensinamento nesses dois anos de curso.

Aos meus juízes especialistas, Prof. Dr. Dário José Hart Pontes Signorini, Prof^a Mariana Pinheiro Brendim, Prof^a Fernanda Paulina Oliveira, Prof^a Viviane Marques Silva Neves, Prof^a Dr^a Andréia Rodrigues Gonçalves Ayres, Dr^a Sandra de Souza Lima Rocha e Prof^a Jenifer Palma d'El-Rei Pinto, por todas as observações feitas em prol do projeto e por terem aceitado a missão de validar um protocolo.

A todos os profissionais e acadêmicos do Hospital Universitário Gaffree e Guinle – HUGG, por terem cedido um pouco do seu tempo ao preenchimento do questionário.

E, principalmente, a todos os meus pacientes, que me fazem querer aprender mais e ser cada dia melhor.

**“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”**

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

SOUTINHO, Luise Alexandre Rocha. **Elaboração e Validação de Protocolo de Rastreio Multiprofissional de Disfagia em Pacientes com Infecção HIV**. 69p Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2018.

Introdução: Aids é uma infecção causada pelo vírus HIV que afeta o sistema imunológico do indivíduo. Pode resultar em ampla variação de manifestações clínicas, incluindo candidíase, neurotoxoplasmose e alterações do sistema nervoso central. Manifestações em região orofaríngea podem causar transtornos na articulação da fala e dificuldades de deglutição. Além disso, a progressão da infecção pelo HIV pode reduzir a força musculoesquelética e, conseqüentemente, afetar o desempenho funcional das estruturas relacionadas à deglutição. O cuidado multiprofissional é imprescindível para indivíduos com disfagia devido à complexidade de suas manifestações. **Objetivo:** Elaborar e validar um protocolo multiprofissional para identificação do risco de disfagia em pessoas com HIV no momento da internação hospitalar. **Metodologia:** Estudo descritivo e quantitativo que visa à criação e validação de um protocolo multiprofissional de rastreio de disfagia, por meio de juízes especialistas e público-alvo, a ser aplicado em pacientes no momento de sua internação no Hospital Universitário Gaffree e Guinle. **Resultados:** O protocolo elaborado foi validado com 16 itens, incluindo aspectos relacionados à fase oral e faríngea da deglutição, e a pontuação final foi calculada baseada nos riscos para complicações clínicas. Os itens foram analisados quanto à clareza, pertinência e abrangência, e foi estabelecido Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mínimo de 0,78. **Conclusão:** A partir dos dados obtidos, foi possível a construção e validação do protocolo de rastreio do ponto de vista de aparência e conteúdo, uma vez que apresentou IVC total de 0,92 na validação dos juízes especialistas e 0,96 na do público alvo, constatando-se assim IVC do protocolo de 0,94. Logo, podemos considerar o instrumento resolutivo, com capacidade de cumprir o que se propôs. Outros estudos são necessários para verificar sua utilização na prática clínica.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição, Protocolos, Programas de Rastreamento, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Infecções por HIV.

ABSTRACT

SOUTINHO, Luise Alexandre Rocha. **Elaboration and Validation of a Multiprofessional Screening Protocol for Dysphagia in Patients with HIV Infection.** 69p Dissertation (Master's) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Postgraduate Program in HIV/AIDS and Viral Hepatitis Infection, 2018.

Introduction: Aids is an infection caused by the HIV virus that affects the immune system of an individual. It can result in a wide range of clinical manifestations, including candidiasis, neurotoxoplasmosis, central nervous system disorders, and others. Manifestations in oropharyngeal region can cause speech articulation disorders and difficulties in swallowing. Progression of HIV infection may reduce musculoskeletal strength and, consequently, affect the functional performance of swallowing-related structures. Multiprofessional care is essential for individuals with dysphagia due to the complexity of their manifestations. **Objective:** To elaborate and validate a multiprofessional protocol to identify the risk of dysphagia in people with HIV at the time of hospitalization. **Methodology:** This is a descriptive and quantitative study aimed at the creation and validation of a multiprofessional screening protocol for dysphagia, through expert judges and target audience, to be applied to patients at the time of their admission to the Universitary Hospital Gaffree e Guinle. **Results:** The protocol was validated with 16 items, including aspects related to oral and pharyngeal swallowing, and the final score was calculated based on the risks for clinical complications. The items were analyzed for clarity, pertinence and comprehensiveness, and a minimum CVI of 0.78 was established. **Conclusion:** Based on the obtained data, it was possible to create and validate the screening protocol from the point of view of appearance and content, since it presented a total IVC of 0.92 in the validation of the expert judges and 0.96 in the target public, being verified thus IVC of the protocol of 0.94. Therefore, we can consider the resolution instrument, with the capacity to fulfill what was proposed. Other studies are needed to verify its use in clinical practice.

Keywords: Deglutition Disorders, Protocols, Mass Screening, Acquired immunodeficiency syndrome, HIV Infections.

PRODUTO TÉCNICO: VALIDAÇÃO DE FACE/CONTEÚDO

1. Validação por juízes especialistas:

- 3 a 10 participantes;
- Peritos na área de interesse do estudo.

2. Validação pelo público-alvo:

- 30 a 40 participantes;
- Profissionais que irão utilizar o instrumento.

- Índice de aprovação para cada item do questionário = acima de 78% (0,78).
 - número de juízes que classificaram o item como relevante / total de juízes
- Índice de aprovação do questionário como um todo = 90% (0,90).
 - média do total de itens considerados relevantes / número total de itens do questionário
- Avaliações inferiores a estes valores devem ser revisadas e reinviadas aos mesmos juízes até que alcancem a pontuação mínima.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma de elaboração e validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia	32
Tabela 1 – Levantamento bibliográfico de questionários de avaliação de disfagia	34
Tabela 2 – Perfil socioeconômico dos juízes especialistas avaliadores do protocolo de rastreio	37
Tabela 3 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 1ª fase	39
Tabela 4 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 1ª fase	40
Tabela 5 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia - Juízes - 1ª fase	41
Tabela 6 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 2ª fase	43
Tabela 7 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 2ª fase	44
Tabela 8 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia – Juízes - 2ª fase	45
Tabela 9 – Perfil socioeconômico do público-alvo que avaliou o protocolo de rastreio	47
Tabela 10 – Avaliação de conteúdo do público-alvo quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia	48
Tabela 11 – Avaliação de conteúdo do público-alvo quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia	49
Tabela 12 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia – Público alvo	50

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4	Linfócito T
CD8	Linfócito T
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVC – I	avaliar cada item do questionário
IVC – T	avaliar o instrumento como um todo
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

GLOSSÁRIO

JUÍZES ESPECIALISTAS – profissionais da saúde de diferentes áreas, peritos na temática HIV e/ou Aids, com experiência clínica em cuidados com pacientes HIV e curso mínimo de mestrado em suas áreas.

PÚBLICO-ALVO – equipe multiprofissional que lida com o paciente no momento de sua admissão hospitalar e que aplicará o protocolo de rastreio de disfagia criado no estudo.

VALIDAÇÃO DE FACE/CONTEÚDO – avaliação que, baseada em um julgamento subjetivo de examinadores, visa confirmar a capacidade do teste em cobrir o que se propõe a medir. Avalia a concordância sobre cada item do protocolo e do instrumento como um todo.

ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO - avalia a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinado item (índice de aprovação acima de 78% - 0,78) e do protocolo como um todo (índice de aprovação acima de 90% - 0,90).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	17
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 SOBRE O HIV E Aids	19
2.2 DINÂMICA DA DEGLUTIÇÃO E OS IMPACTOS DO HIV	22
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 ETAPAS DO ESTUDO	26
3.2.1 FUNDAMENTAÇÃO E CRIAÇÃO DO PROTOCOLO	26
3.2.2 VALIDAÇÃO DO MATERIAL CONSTRUÍDO	27
3.2.2.1 VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS	27
3.2.2.2 VALIDAÇÃO PELO PÚBLICO-ALVO	28
3.2.2.3 VALIDAÇÃO DE FACE/CONTEÚDO	30
3.2.2.4 ASPECTOS ÉTICOS	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE RASTREIO	33
4.2 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE RASTREIO MULTIPROFISSIONAL	36
4.2.1 VALIDAÇÃO POR JUÍZES ESPECIALISTAS	36
4.2.2 VALIDAÇÃO PELO PÚBLICO-ALVO	46
5 CONCLUSÃO	52
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

Apêndice A – Protocolo de Rastreamento de Disfagia em Pacientes HIV	60
Apêndice B – Carta Convite aos Juízes Especialistas	61
Apêndice C – Formulário para Validação da Aparência e Conteúdo	62
AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS (1ª FASE)	63
AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS (2ª FASE)	64
AVALIAÇÃO – PÚBLICO-ALVO	65
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
Apêndice E – Parecer Consubstanciado do CEP	68

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA-Aids) teve seus primeiros casos registrados nos Estados Unidos, Haiti e África Central no final da década de 1970, sendo uma infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana, HIV, que afeta as células do sistema imunológico, destruindo os glóbulos brancos (linfócitos T CD4+) (DOUEK, ROEDERER, KOUP, 2009). Quanto menor o número desses linfócitos no sangue, menor a capacidade do organismo de se defender de doenças.

Em geral, a Aids tinha maior prevalência em jovens homossexuais do sexo masculino que tivessem os seguintes fatores de risco: contato sexual, uso de drogas compartilhadas por infusão venosa ou exposição a sangue e derivados, gerando, assim, quadros de imunodeficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Desde a descoberta dos primeiros casos dessa infecção até o final dos anos 1990 estima-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que cerca de 29,4 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV. Calcula-se, ainda, que dentre esses infectados, aproximadamente 8,4 milhões tenham desenvolvido Aids e 6,4 milhões, incluindo 1,4 milhão de crianças, tenham evoluído para óbito (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON AIDS, 2017). Porém, esses dados podem apresentar alteração quando comparados às estatísticas oficiais devido à dificuldade de diagnóstico e atraso de notificação desses indivíduos.

No Brasil, os primeiros casos só foram identificados em 1982, sendo, somente em 1984, estruturado o primeiro programa de controle da Aids no Brasil (MARQUES, 2002). De acordo com o último boletim epidemiológico, nos primeiros 30 anos foram registrados mais de 650 mil casos onde a Aids se manifestou. Desde seu reconhecimento até os dias atuais, a Aids continua sendo um desafio para saúde pública, principalmente devido ao perfil da população atingida por essa síndrome vir se modificando com o passar do tempo, sendo perceptível o aumento dessa doença na população com mais de 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A infecção pelo vírus resulta em ampla variação de manifestações clínicas, podendo encontrar desde indivíduos assintomáticos, até sintomas como fraqueza, febre, emagrecimento e diarreia prolongada, candidíase, pneumocistose pulmonar, neurotoxoplasmose e citomegalovirose (LAVREYS et al, 2000).

Na evolução da infecção pelo HIV, o vírus entra no sistema nervoso central (SNC) podendo causar transtornos da função cognitiva, levando a déficits em processos como atenção, aprendizado, memória, rapidez do processamento de informações e capacidade de resolução de problemas, além de demência e sintomas motores (CHRISTO, 2010).

As manifestações em região orofaríngea, sendo a candidíase a causa mais comum, podem apresentar sintomas como dor oral, gosto amargo ou azedo na boca ou até esofagite com odinofagia (dor ao deglutir) (TOOMEY, 1997). Como consequência desses sintomas, podemos inferir que esse indivíduo pode apresentar desde transtornos na articulação da fala, devido às lesões, até dificuldades de deglutição (disfagia), principalmente relacionadas à fase oral (GIGLIO, NAVARRETE, ROCHA, 2000).

Deglutir é atividade neuromuscular que transporta o alimento da cavidade oral para o estômago, envolvendo a coordenação de estruturas que participam tanto da deglutição quanto da respiração, não permitindo a entrada de substâncias nas vias respiratórias (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). A disfagia é a alteração durante esse processo, sendo definida como um sintoma, onde a alteração da deglutição é decorrente de alguma doença base.

Embora as fases da deglutição sejam divididas didaticamente em fase oral, faríngea e esofágica, o ato de deglutir é um processo contínuo; por isso, qualquer comprometimento em apenas uma dessas fases pode influenciar nas demais devido à interface funcional que existe entre elas, levando ao prejuízo em todo o processo.

A dificuldade no transporte do bolo pode ocorrer em qualquer fase da deglutição, o que pode causar também impactos na saúde pulmonar. Os principais tipos de disfagia são: neurogênica e mecânica (ALBERT, HOLT, CLARK, 1965) a depender do fator etiológico que determina esta alteração. Sendo assim, indivíduos com comprometimentos neurológicos graves e/ou anomalias anatômicas podem apresentar essa dificuldade de deglutição.

À medida que a infecção pelo HIV progride em indivíduos contaminados, pode ocorrer redução gradativa na massa corporal magra que, por sua vez, associa-se à redução da capacidade do sistema musculoesquelético em gerar força (MACERA,

2007; O'BRIEN, NIXON, GLAZIER, TYNAN, 2004), conseqüentemente afetando o desempenho funcional das estruturas relacionadas a deglutição, já que a deglutição é uma função exercida por esforço (COSTA, 2000). Além dessa hipotonia, a microbiota bucal de pacientes HIV positivos é diferente (apresentam aumento de leveduras de várias espécies) da microbiota bucal dos indivíduos imunocompetentes (NEVES, CARDOSO, 2003), o que, associado à baixa imunidade do paciente, leva ao aparecimento de manifestações bucais, que estão intimamente relacionadas a comprometimentos significativos na fase oral da deglutição (BECK, GAYLER, 1990).

Estudos relatam sintomas de disfagia em 47% dos pacientes com Aids (MARTINEZ, NORD, 2005). Esses prejuízos relacionados à fase oral da deglutição influenciam não só na ejeção do bolo alimentar, mas também na sequencialidade do processo, já que existe interdependência entre uma mesma estrutura e diferentes momentos dessa dinâmica. Decorrente disso, uma dificuldade no início da deglutição pode levar ao prejuízo na segurança dessa sequência, envolvendo os mecanismos protetores durante a fase faríngea e a progressão do conteúdo até a fase esofágica. Quando existe acometimento esofágico, essa incidência sobe para 59 a 79% dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O cuidado multiprofissional é imprescindível para indivíduos com disfagia, levando-se em consideração que as conseqüências dessa dificuldade envolvem aspectos clínicos, além de possíveis impactos na qualidade de vida e nos aspectos sociais da alimentação, já que pode levar a retração e isolamento do indivíduo (GONÇALVES, BASTILHA, COSTA, MANCOPES, 2015).

Na avaliação da deglutição, torna-se imprescindível o conhecimento de como algumas doenças, manifestadas no indivíduo portador de HIV, influenciam na função de deglutição e suas fases. A elaboração de protocolos que norteiem a ação da equipe multiprofissional visa garantir a qualidade do serviço oferecido, além de permitir a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências (APEL, SELF, 2003) e a definição de condutas a serem tomadas.

Em estudo prévio, observou-se uma redução da incidência de pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados, a partir da aplicação de protocolo formal de avaliação da disfagia (HINCHEY, SHEPARD, FURIE, SMITH, WANG, TONN, 2005).

Essa diminuição pode ser relacionada, principalmente, à identificação precoce da dificuldade, igualmente o encaminhamento antecipado para o serviço de Fonoaudiologia, que tem como uma de suas especialidades no ambiente hospitalar a competência de avaliação da possibilidade de via oral segura, bem como consistência e utensílios adequados para alimentação do indivíduo, evitando episódios de broncoaspiração e pneumonia.

Além disso, a identificação precoce dessa dificuldade visa reduzir o tempo de internação hospitalar, promovendo diminuição dos gastos do sistema de saúde, bem como a liberação de leitos e redução dos riscos de infecção, e proporcionar melhor qualidade de vida para esses sujeitos.

Portanto, para este estudo, definimos os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

- Propor um protocolo multiprofissional para identificação do risco de disfagia em pessoas que vivem com HIV no momento da internação hospitalar;
- Validar o protocolo, junto a especialistas, no atendimento de pessoas que vivem com HIV;
- Validar, junto à equipe multiprofissional, o protocolo criado, com vias à validação de concordância do público-alvo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização deste estudo devido ao reduzido número de pesquisas referentes a alterações de deglutição no HIV, bem como a experiência na prática clínica que mostra a dificuldade de identificação, pela equipe multiprofissional, desde indivíduos com queixas que ofereçam desconforto no processo de alimentação até aqueles com risco para aspiração de partículas de alimentos ou líquido para vias aéreas inferiores.

No momento da internação hospitalar, o profissional da unidade realiza a triagem inicial com o indivíduo, ou seu familiar, sendo possível verificar os sinais vitais do mesmo, histórico alimentar, queixas e exame físico, chegando a um pequeno resumo sobre este sujeito.

Não foi encontrado na literatura protocolo de rastreio de disfagia que abrangesse a população HIV positiva, com suas especificidades de sinais e sintomas. Além disso, também não foram encontrados protocolos que permitam a identificação de dificuldades de deglutição por meio da equipe multiprofissional, não ultrapassando limites técnicos, porém com aplicabilidade capaz de antecipar o reconhecimento dessa dificuldade e, conseqüentemente, impedir o agravamento dessa situação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SOBRE O HIV E Aids

A Aids é a etapa mais avançada da doença causada pelo vírus do HIV, um retrovírus que ataca o sistema imunológico do corpo de seu portador, impedindo que o mesmo consiga defender o organismo humano de doenças (DOUEK, ROEDERER, KOUP, 2009).

Para que os genes do HIV entrem no DNA da célula hospedeira, o RNA vírico tem primeiro de ser convertido em DNA. A transcriptase reversa produz uma cadeia única de DNA a partir do RNA vírico. A transcriptase reversa atua, também, como polimerase de DNA, produzindo uma segunda cadeia de DNA igual à primeira cadeia única. O resultado é uma réplica em DNA de dupla cadeia do modelo de RNA original (BEILKE, BARRIOS, 2013).

Este vírus pode ser classificado em dois subtipos mais conhecidos: o HIV-1 e o HIV-2. O HIV-1 foi primeiramente classificado e é o principal subtipo encontrado em todo o mundo. É frequentemente encontrado na América, Europa e África Central. O HIV-2 ocorre mais vulgarmente na África Ocidental e na Índia (ALTERTHUM, 2004). Ambos causam Aids e os canais de transmissão são os mesmos. No entanto, a transmissão do HIV-2 caracteriza-se por uma fase assintomática mais longa e progressão mais lenta para Aids (COCK et al, 1993, CAMPBELL-YESUFU, GANDHI, 2011).

A transmissão do HIV pode ser horizontalmente pela via sexual, principal responsável pela disseminação do vírus, parenteral, quando ocorre compartilhamento de objetos perfurocortantes infectados com o vírus, bem como a utilização de hemoderivados contaminados, e pela via vertical, quando há contaminação materno-fetal no decorrer da gravidez, durante o parto ou através da amamentação (MANAVI, 2006, NEWELL, 1998, COLL, FIORE, FLORIDIA, 2002).

Para todos os casos, a transmissão ocorrerá somente quando houver troca dos fluídos corporais contendo o vírus ou células infectadas.

Nos adultos, há um período latente e variável desde a infecção pelo HIV até o aparecimento dos primeiros anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema de defesa do

organismo (STRAUSS, 2001). Este intervalo de tempo chamamos de janela imunológica. Neste período, que pode durar até alguns meses, o teste de identificação do HIV pode dar negativo, apesar do vírus já estar instalado.

Os testes para diagnóstico da infecção pelo HIV são realizados gratuitamente nos centros de testagem e aconselhamento e em outras unidades da rede pública de saúde. O teste de laboratório mais utilizado para diagnosticar a doença é o Teste Elisa, onde são procurados anticorpos contra o HIV no sangue do paciente (SCHUSTER, LISE, HOERLLE, 2013). Caso seja detectado algum anticorpo anti-HIV, é necessária a realização de outro teste adicional com o mesmo material coletado, o teste confirmatório. São usados como testes confirmatórios o Western Blot (onde são procurados fragmentos do vírus HIV), o Teste de Imunofluorescência indireta para o HIV-1 e o Immunoblot (SCHUSTER, LISE, HOERLLE, 2013). Se o resultado for novamente positivo, o indivíduo é chamado para novo teste com uma amostra diferente.

O teste rápido permite a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos (CARVALHO et al, 2004). Como exemplo desse teste, temos o teste de fluido oral.

No Brasil, o indivíduo diagnosticado como soropositivo para o HIV é submetido à avaliação laboratorial inicial, visando quantificar seu estado clínico e imunológico e a intensidade da multiplicação viral. São solicitados exames de linfometria T CD4 + e CD8 + e a quantificação da carga viral deste indivíduo (RNA HIV), além de uma completa avaliação clínico-laboratorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). São realizadas consultas regulares para monitorar a evolução clínica dos pacientes por meio desses exames.

O acompanhamento médico da infecção pelo HIV é essencial, tanto para quem não apresenta sintomas e não toma remédio, quanto para quem já exhibe algum sinal da doença e segue tratamento com os medicamentos antirretrovirais, fase que os médicos classificam como Aids (SCHILKOWSKY, PORTELA, SÁ, 2011)

Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Esses medicamentos tem o objetivo de evitar o enfraquecimento do sistema imunológico, tornando a carga viral indetectável, e não

verdadeiramente matar o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Por isso, seu uso de forma regular é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida de quem tem Aids.

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente a medicação para todos que necessitam do tratamento para HIV (LAGO, COSTA, 2010). Atualmente, esses medicamentos antirretrovirais estão divididos em cinco classes:

- Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa – atuam na enzima transcriptase reversa, integrando-se à cadeia de DNA que o vírus cria e tornando-a defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza (PEÇANHA, ANTUNES, 2002);
- Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus (PEÇANHA, ANTUNES, 2002);
- Inibidores de Protease – atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV (PEÇANHA, ANTUNES, 2002);
- Inibidores de fusão - impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir (PEÇANHA, ANTUNES, 2002);
- Inibidores da Integrase – bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela junção do código genético da célula HIV ao DNA humano. Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células (PEÇANHA, ANTUNES, 2002).

No Brasil, a terapia inicial preferencial para combater o HIV deve incluir, pelo menos, três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos da classe de inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo associados ao inibidor de integrase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O tratamento é complexo, necessita de acompanhamento de toda equipe de saúde para avaliar as adaptações do organismo ao tratamento, seus efeitos colaterais e a adequação dos horários dos remédios à rotina diária desses indivíduos, favorecendo, assim, a adesão à terapia.

Aderir ao tratamento significa não só tomar a medicação nos horários corretos, mas também manter uma alimentação saudável, praticar exercícios e comparecer às consultas nos dias previstos. O não seguimento dessas orientações pode levar a resistência do vírus HIV aos medicamentos antirretrovirais, diminuindo conseqüentemente as alternativas de tratamento.

A utilização da potente combinação da Terapia Antirretroviral resultou em grandes benefícios às pessoas que vivem com HIV, como a redução da incidência de doenças oportunistas, diminuição da necessidade e complexidade das internações hospitalares e aumento na expectativa de vida, além da redução da morbimortalidade associadas ao HIV e melhoria na qualidade de vida traduzida pela diminuição dos sintomas e pela melhora na condição física e emocional dos indivíduos (HESTER, 2012).

O início da doença pode passar despercebido, já que os primeiros sintomas geralmente são febre e mal-estar, sendo facilmente confundidos com uma gripe. A próxima fase da doença pode ser chamada de assintomática, já que as células de defesa fazem com que o vírus amadureça e morra de forma equilibrada (SILVA, GROTTTO, VILELA, 2001). Com a evolução da doença, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, permitindo que o organismo fique cada vez mais vulnerável à infecções comuns. A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue (JUNIOR, 2004). Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento devido às manifestações orais, sendo a candidíase a principal, podendo evoluir com uma possível dificuldade de deglutição (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON AIDS, 2017; CHRISTO, 2010; TOOMEY; 1997).

2.2 DINÂMICA DA DEGLUTIÇÃO E OS IMPACTOS DO HIV

Deglutição é um processo dinâmico, envolvendo músculos, pares de nervos cranianos, sistema muscular e córtex, com o objetivo de transportar o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago, sem que haja escape de substâncias para as vias respiratórias (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). Envolve a coordenação de estruturas

compartilhadas pelo sistema digestório e respiratório (cavidade nasal, cavidade oral, faringe, laringe) (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). Ar e alimento devem passar alternadamente por estes espaços, principalmente no momento da deglutição, garantindo a ingestão de nutrientes adequados, absorvidos e incorporados pelo organismo (YAMADA, SIQUEIRA, XEREZ, KOCH, COSTA, 2004).

Apesar de ocorrer de forma contínua, a dinâmica de deglutição é classicamente dividida em três fases (YAMADA, SIQUEIRA, XEREZ, KOCH, COSTA, 2004): oral, faríngea e esofágica. Para alguns autores, ainda é necessário acrescentar inicialmente a fase antecipatória (LEOPOLD, KAGEL, 1997).

- A fase oral é definida como voluntária e consciente e consiste no período que vai da captação e preparação do bolo alimentar até a ejeção do mesmo para a faringe (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1999). Nela, estão incluídos os estágios de preparo do bolo alimentar, incluindo a mastigação do mesmo, qualificação, organização e ejeção.

A microbiota bucal de indivíduos imunocompetentes é diferente da microbiota bucal dos pacientes HIV positivos (NEVES, CARDOSO, 2003). Estes últimos apresentam aumento de leveduras de várias espécies que, associado à queda da resistência do paciente, leva ao aparecimento de manifestações bucais. De acordo com as manifestações mais frequentes, elas podem ser classificadas em infecciosas (Fúngicas, Bacterianas e Virais), além de processos neoplásicos e lesões de natureza desconhecida, estando intimamente relacionada a comprometimentos significativos na fase oral da deglutição (NEVES, CARDOSO, 2003).

Inúmeros são os impactos gerados por lesões na cavidade oral durante a dinâmica da deglutição. Esses ferimentos podem influenciar desde o vedamento labial incompleto, que são capazes de reduzir a pressão intraoral, até a dificuldade no controle, coordenação e propulsão do alimento por diminuição de força e mobilidade de órgãos fonoarticulatórios, ou lesões em mucosa oral, dificultando a execução de seus movimentos (YAMADA, SIQUEIRA, XEREZ, KOCH, COSTA, 2004).

Esses prejuízos estão intimamente relacionados à fase oral da deglutição, pois

irão gerar impactos que acarretam prejuízos na organização oral, influenciando, não só na qualidade da ejeção oral (YAMADA, SIQUEIRA, XEREZ, KOCH, COSTA, 2004), mas também na efetiva dinâmica da fase faríngea, prejudicando a segurança da deglutição devido aos impactos gerados aos mecanismos de proteção de vias aéreas e à progressão do conteúdo deglutido para fase esofágica.

- A fase faríngea, de forma consciente, e fase esofágica, de forma inconsciente, são classicamente especificadas como involuntárias e compreendem a passagem do alimento da faringe para o esôfago, através da dinâmica faringo-laríngea e abertura da transição faringoesofágica, e desce para o estômago (YAMADA, SIQUEIRA, XEREZ, KOCH, COSTA, 2004).

Afecções gastrointestinais em pacientes imunodeprimidos podem ter consequências desastrosas, principalmente influenciando nas fases involuntárias da deglutição e gerando processos disfágicos. Úlceras esofágicas e esofagite são quadros possíveis no curso da evolução da Aids, que tem como principais manifestações a odinofagia (dor ao deglutir), ou até mesmo disfagia, que se apresenta e evolui de forma progressiva, iniciando com a dificuldade de alimentação com sólidos até chegar aos líquidos (VAEZI, 2011).

- A fase antecipatória tanto antecede a chegada do alimento à boca como é responsável pelo preparo do bolo para que este possa ser transportado e dar continuidade à dinâmica de deglutição (MARCHESAN, FURKIM, 2003). Para alguns autores, é considerada fase cognitiva do mecanismo de deglutição, que envolve o ambiente de alimentação, escolha do alimento, utilização de utensílios e posicionamento do indivíduo. Além disso, é influenciada pela fome, grau de saciedade, aspectos dos alimentos (sabor, cheiro, textura, forma, etc), estado emocional e influências sociais (JACOBSSON, AXELSSON, OSTERLIND, NORBERG, 2000). Durante essa fase, são feitas as primeiras modulações cerebrais que preparam o corpo para receber e preparar o alimento de forma correta sobre a língua.

Os nervos cranianos envolvidos no processo de deglutição compreendem os seguintes pares: V (trigêmeo – responsável pela mobilidade dos músculos mastigatórios e de dois músculos suprahióideos, além da sensibilidade de 2/3 anteriores da língua), VII (facial – responsável pela mobilidade de músculos da face e de dois músculos suprahióideos, além do paladar dos 2/3 anteriores da língua), IX (glossofaríngeo – responsável pela mobilidade de um músculo da faringe e sensibilidade geral dos 2/3 posteriores da língua), X (vago – responsável pela mobilidade da maioria dos músculos de palato, faringe, laringe e esôfago), XI (acessório – atua em conjunto com o nervo vago) e XII (hipoglosso – responsável pela mobilidade da maioria dos músculos da língua e dos músculos infrahióideos, além do último músculo suprahióideo) (PERLMAN, CHRISTENSEN, 1997; MACHADO, 2013; ORTIZ, 2006; FURKIM, SANTINI, 2004).

A disfagia pode ocorrer principalmente em consequência de alterações estruturais ou doenças que afetem o sistema nervoso central ou periférico. Além disso, também pode ser decorrente dos transtornos transitórios de deglutição, como o envelhecimento e o uso de medicamentos que podem causar efeitos iatrogênicos (VONO, 2005; VELASCO, GARCIA-PERIS, 2009; MACIEL, OLIVEIRA, TADA, 2008; CLAVÉ, ARREOLA, VELASCO, QUER, CASTELL, 2007; ABDULMASSIH, FILHO, SANTOS, JURKIEWICZ, 2009). Essa alteração pode interferir desde o preparo do bolo alimentar na cavidade oral até a passagem do mesmo pela faringe em direção ao estômago. A gravidade dessa alteração pode levar a doenças secundárias, como pneumonia por aspiração, comprometendo, assim, a saúde e a qualidade de vida do sujeito.

A literatura especializada descreve que prejuízos na deglutição se encontram intimamente relacionados aos impactos na saúde pulmonar (FURKIM, SILVA, 1999), já que as funções de deglutição e respiração se integram em sua anatomia e fisiologia. Logo, a identificação precoce dos riscos de disfagia nos indivíduos imunodeprimidos e a intervenção imediata por profissionais capacitados visam evitar episódios de broncoaspiração e pneumonia e, conseqüentemente, gerar maior qualidade de vida a esses sujeitos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que visa, por meio sistemático dos conhecimentos existentes, a criação de um produto e/ou serviço oferecido à população alvo da pesquisa, bem como sua validação, de modo a torná-lo confiável e válido para o fim que se destina.

O instrumento criado e validado neste estudo consiste em um protocolo destinado aos mais diversos profissionais de saúde a ser aplicado em pacientes com idade mínima de 18 anos no momento de sua internação no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG, intitulado “protocolo multiprofissional de rastreio de disfagia em pacientes HIV” (Apêndice A).

3.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi dividido em duas etapas: a de criação do protocolo e a de validação.

3.2.1 FUNDAMENTAÇÃO E CRIAÇÃO DO PROTOCOLO

A primeira etapa foi a realização de uma revisão de literatura sobre o tema, que aborde o uso de protocolos de rastreio de disfagia e métodos de validação de questionários. Esta revisão permitiu avaliar o que está sendo estudado atualmente sobre o assunto, bem como analisar os protocolos de rastreio já validados, para adaptação de suas perguntas e criação do novo protocolo específico para pessoas que vivem com HIV.

Para essa revisão de literatura, foram feitas buscas avançadas nas bases de dados BVS e PUBMED. Quanto à temporalidade, foram incluídos estudos publicados entre 1984 e 2015, utilizando os descritores “acquired immunodeficiency syndrome”, “deglutition disorders”, “protocols”, “triage” e “mass screening”, além de “face validity”, suas combinações e suas respectivas traduções para a língua portuguesa. Além

disso, as revisões e as listas de referências de todos os artigos considerados relevantes foram consultadas em busca de novos artigos para inclusão. A busca foi realizada por meio de palavras encontradas nos títulos, nos resumos e no corpo do texto.

Ao final desta primeira etapa, foi elaborado o protocolo intitulado como: “PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE RASTREIO DE DISFAGIA EM PACIENTES HIV” (Apêndice A).

O protocolo contemplou aspectos como: critérios clínicos de risco para disfagia orofaríngea e alterações da fase oral e faríngea da deglutição.

3.2.2 VALIDAÇÃO DO MATERIAL CONSTRUÍDO

Após a criação do questionário, foi dado início a segunda etapa da pesquisa, onde optou-se pela utilização da Validação de Face/Conteúdo por ser um método muito utilizado na área da saúde (HYRKAS, APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, OKSA, 2003; McGILTON, 2003; WYND, SCHAEFER, 2002).

A validação de um questionário se dá pela certeza de que o mesmo cumpre o objetivo a que se propõe. É importante que esse processo seja feito por profissionais de saúde de diferentes áreas, valorizando as diferentes sugestões e opiniões sobre o tema (ECHER, 2005).

Desta forma, a validação do presente protocolo se deu mediante a análise dos juízes especialistas na temática HIV e/ou Aids e também pelo público-alvo que irá aplicá-lo.

3.2.2.1 VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Para a validação de conteúdo, é necessário que os juízes sejam realmente peritos na área de interesse do estudo, pois somente assim a representatividade ou relevância do conteúdo submetido à apreciação será realizada eficientemente (JOVENTINO, 2010).

Os critérios de seleção dos especialistas para julgamento do instrumento criado neste estudo incluíam profissionais da área de Fonoaudiologia, Enfermagem, Nutrição e Medicina, com curso mínimo de mestrado em suas áreas e pelo menos três anos de experiência clínica em cuidados com pacientes com HIV. Não foi encontrada na literatura nenhuma padronização oficial para escolha dos juízes.

Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação, foram utilizados os critérios estabelecidos por Lynn (LYNN, 1986), que sugere no mínimo três juízes especialistas, sendo desnecessário um número superior a dez. Sendo assim, para este estudo, foram utilizados sete juízes.

Esses profissionais foram convidados a participar do grupo de juízes, sendo entregue a cada um deles uma carta convite com os objetivos do trabalho (Apêndice B), o protocolo de rastreio (Apêndice A), e o formulário para validação da aparência e conteúdo - incluindo abrangência, clareza e pertinência de cada item (Apêndice C). Além disso, para todos os itens avaliados, foi dada possibilidade de incluir sugestões.

A avaliação do protocolo pôde ser realizada em local de sua preferência, sendo estabelecido um prazo de quatorze dias para devolução do instrumento preenchido ao pesquisador.

Os juízes receberam as orientações teóricas quanto ao preenchimento do questionário em diferentes momentos, porém todo o preparo foi feito pelo mesmo indivíduo, procurando utilizar linguagem e instrução de forma igualitária, objetivando, assim, reduzir possíveis distorções.

3.2.2.2 VALIDAÇÃO PELO PÚBLICO-ALVO

Após avaliação e possível modificação do protocolo pelos especialistas, houve o julgamento do material pelo público-alvo, ou seja, avaliação quanto a aparência, linguagem e aplicabilidade pelos profissionais que irão utilizar esta ferramenta. É um momento importante para o estudo, visto que é possível verificar a compreensão da população que irá aplicar o protocolo, bem como analisar suas opiniões sobre possíveis alterações. A etapa de análise de aparência tem o objetivo

de averiguar se o material é compreensível aos membros da população à qual se destina (MOURA, 2008).

É indicada a escolha de 30 a 40 pessoas da população alvo para avaliação desta etapa do estudo (BEATON, BOMBARDIER, GUILLEMIN, FERRAZ, 2007). Dentre esses profissionais, foram selecionados diferentes componentes da equipe de saúde, visando garantir a característica multiprofissional do protocolo desenvolvido.

A amostra do público-alvo se deu por conveniência e foi composta por profissionais de saúde lotados no HUGG, seguindo os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Ter disponibilidade de tempo para participar de forma voluntária na avaliação do protocolo de rastreio;
- c) Possuir vínculo de trabalho ou estudantil com o HUGG.

Para aqueles indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue o protocolo de rastreio (Apêndice A) e o formulário para validação da aparência e conteúdo - incluindo abrangência, clareza e pertinência de cada item (Apêndice C), bem como solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D), ressaltando seus direitos e garantias quanto ao anonimato.

Novamente, a avaliação do protocolo foi realizada em local à escolha dos participantes, sendo estabelecido prazo de um dia para devolução do instrumento preenchido ao pesquisador.

Sendo assim, a coleta de dados foi feita no hospital em estudo com 36 participantes, no último semestre de 2017. Assim como os juízes especialistas, o público-alvo recebeu as orientações teóricas quanto ao preenchimento do questionário em diferentes momentos, porém também com todo preparo feito pelo mesmo indivíduo, procurando manter linguagem e instrução de forma equânime, objetivando reduzir possíveis distorções.

3.2.2.3 VALIDAÇÃO DE FACE/CONTEÚDO

A validação de faces é uma medida que avalia a transparência e relevância de um teste, baseada em um julgamento subjetivo de examinadores, que visa confirmar a capacidade do teste em cobrir o que se propõe a medir (GRAVETTER, FREDERICK, FORZANO, LORI-ANN, 2012). Mais especificamente, essa validação mede o grau que os entrevistados consideram a construção e o conteúdo de um teste e seus itens como relevantes para o contexto em que o instrumento será aplicado.

Este meio de validação é considerado fase importante na adaptação de questionários (SIRECI, 1998). Permite avaliar a concordância de juízes especialistas e público-alvo sobre cada item individualmente de um questionário e também do instrumento como um todo. É importante ressaltar que este método é o início de um processo que deve englobar outros tipos de validade e confiabilidade (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

É considerada uma construção robusta do protocolo de pesquisa quando há concordância entre a maioria dos avaliadores. Na análise dos dados obtidos pela estratégia da validação de conteúdo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo - IVC.

O IVC destinado a avaliar a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinado item é considerado válido se, após a devolução dos questionários preenchidos e a análise das respostas dos juízes, obtiver índice de aprovação acima de 78% (0,78) (RUBIO, BER-WEGER, TEBB, LEE, RAUCH, 2003; POLIT, BECK, 2006; GRANT, DAVIS, 1997; DAVIS, 1992). Para se calcular o IVC para cada item do questionário (IVC – I), foi dividido o número total de juízes que atribuiu escore de 3 ou 4 em uma escala ordinal de quatro pontos com significância de “irrelevante” a “extrema relevância” pelo total de juízes que participaram da avaliação (RUBIO, BER-WEGER, TEBB, LEE, RAUCH, 2003).

Para avaliar o instrumento como um todo (IVC – T), foi utilizada a média do número total de itens considerados como relevantes pelos juízes, pelo número total de itens no questionário. Foi aceito para aprovação IVC – T acima de 90% (0,90) (POLIT DF, BECK CT, 2006).

As avaliações inferiores a estes valores, tanto para cada item quanto para o valor total do teste, foram revisadas e reenviadas aos mesmos juízes, visando que todos alcancem o valor mínimo de confiabilidade.

Para a definição de validação de faces, é importante levar em conta com não só a opinião de profissionais que dominem o assunto abordado, mas também de indivíduos leigos, com características relacionadas a população do estudo, bem como a abrangência dos itens e a situação em que o teste será administrado (RUBIO, BER-WEGER, TEBB, LEE, RAUCH, 2003; BORNSTEIN, ROSSNER, HILL, STEPANIAN, 1994; TILDEN, NELSON, MAY, 1990).

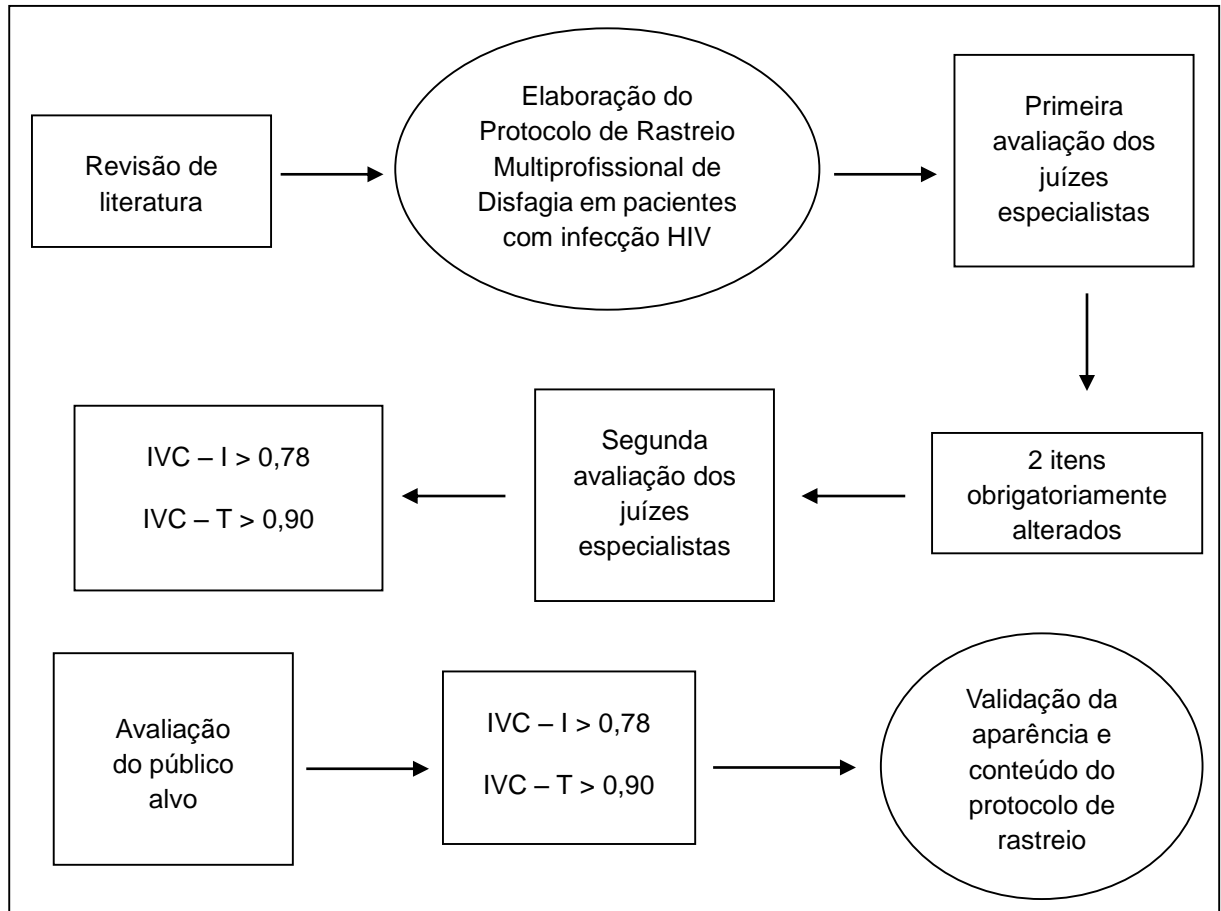
3.2.2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO em 30 de agosto de 2017, sob o parecer de número 2.247.883 (Apêndice E).

Todos os aspectos éticos pertinentes à pesquisa e à participação no estudo foram descritos no TCLE (Apêndice D), que foi assinado após aceitação dos participantes.

Além disso, todos foram orientados sobre a privacidade dos dados envolvidos na pesquisa, bem como a garantia de que as informações obtidas não poderiam ser usadas para outros fins além dos previstos no projeto, além da possibilidade de recusar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ou penalização.

Figura 1 - Fluxograma de elaboração e validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão divididos em duas etapas:

1. Descrição da elaboração do protocolo de rastreio multiprofissional;
2. Validação do protocolo de rastreio multiprofissional, que compreende os seguintes subitens:
 - Validação por juízes especialistas e validação com público alvo

4.1. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE RASTREIO

O protocolo multiprofissional de rastreio de disfagia em pacientes HIV foi elaborado pelos pesquisadores do presente estudo com base no conteúdo de artigos presentes na literatura (SCHROCK, 2011; COX, 2013; WESTERGREN, HALLBERG, OHLSSON, 1999; HANAYAMA, 2008; BOCZKO, 2006; MANORr, GILADI, COHEN, FLISS, COHEN, 2007; BERGAMASCHI, 2008; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004; GOVENDER, 2012; HOLLAND, 2011; HINDS, WILES, 1998), além da experiência dos autores para formulação da divisão dos itens e pontuação atribuída a eles.

A partir da busca bibliográfica, foram levantados 18 artigos, sendo 3 em português e 15 em inglês. Desse total, 16 possuíam questionários validados de avaliação de disfagia, sendo apenas 11 com perguntas pertinentes ao estudo e 2 referentes a métodos de validação.

A Tabela 1 representa o resultado do levantamento bibliográfico realizado referente aos protocolos de disfagia validados encontrados na literatura.

Tabela 1 – Levantamento bibliográfico de questionários de avaliação de disfagia

Autor	Ano	Protocolo	Objetivo
Schrock et al	2011	A novel emergency department dysphagia screen for patients presenting with acute stroke	Rastreamento de disfagia para pacientes com quadro agudo de AVC
Cox et al	2010	Detecting dysphagia in inclusion body myositis	Questionário de disfagia em pacientes com mioosite
Westergren, Hallberg, Ohlsson	1999	Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke	Avaliação de disfagia em pacientes com AVC
Hanayama et al	2008	Dysphagia in patients with Duchenne muscular dystrophy evaluated with a questionnaire and videofluorography	Análise de disfagia em pacientes com distrofia muscular de Duchenne utilizando questionário e avaliação objetiva
Boczko	2006	Patients' awareness of symptoms of Dysphagia	Questionário voltado para os pacientes sobre os sintomas de disfagia
Manor et al	2007	Validation of a swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson's disease	Questionário de disfagia para pacientes com doença de Parkinson
Bergamaschi et al	2007	The DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis	Questionário de disfagia em pacientes com esclerose múltipla
Kawashima, Motohashi, Fujishima	2004	Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening	Questionário de disfagia para idosos, utilizando escala de intensidade para cada item
Govender et al	2012	Development and preliminary validation of a patient-reported outcome measure for swallowing after total laryngectomy (SOAL questionnaire)	Questionário de disfagia para pacientes após laringectomia total
Holland et al	2011	Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey	Questionário de auto-relato de disfagia na população idosa
Hinds, Wiles	1998	Assessment of swallowing and referral to speech and language therapists in acute stroke	Avaliação de deglutição em pacientes após quadro agudo de AVC

Com base nesses artigos, o protocolo de rastreio foi criado levando em consideração os principais aspectos presentes tanto na fase oral quanto faríngea da deglutição, determinantes áreas de atuação do fonoaudiólogo, que interfiram em uma adequada dinâmica orofaríngea.

É de suma importância transformar a linguagem das informações localizadas na literatura científica e específica em uma linguagem acessível ao público-alvo (ECHER, 2005); por isso, todos os termos técnicos da área de Fonoaudiologia foram substituídos por sinônimos que alcançassem o significado da informação.

Os textos foram escritos utilizando-se estilo de letras simples e de fácil leitura, fonte *Arial* em tamanho 10 para as informações e tamanho 12 para o título. Além disso, foram utilizados elementos gráficos para comunicar informações visualmente, de maneira que retratassem um passo a passo de triagem capaz de localizar os principais fatores de risco para disfagia e encaminhar, de forma breve, para o profissional capacitado para cada situação, além de setas para destacar informações-chave durante a aplicação do protocolo (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003).

O protocolo de rastreio foi dividido em três partes, cujo conteúdo foi separado em:

1. Perfil do paciente: apresentam dados como identificação do sujeito, dados de exames anteriores, tempo de diagnóstico, uso de medicação antirretroviral, peso, queixas, história patológica pregressa e identificação do profissional que está aplicando o questionário.
2. Critérios clínicos de risco para disfagia: presença de traqueostomia, necessidade de suporte de oxigênio, dificuldade de manter nível de alerta ou postura adequada para alimentação, presença de lesões em cavidade oral ou queixas que representem um risco elevado para disfagia orofaríngea.
3. Sinais e sintomas: contempla dezesseis questões criadas para este estudo que podem representar alguma dificuldade na fase oral e faríngea da deglutição, levando este indivíduo a um maior risco de apresentar disfagia.

É importante salientar que qualquer marcação feita no item de critérios clínicos leva o indivíduo a um risco alto para disfagia; sendo assim, é necessária avaliação fonoaudiológica precoce. Portanto, quando assinalada essa etapa, o preenchimento do protocolo já deve ser interrompido, não sendo necessário realizar a etapa seguinte.

A pontuação final foi criada e calculada baseada nos riscos mais graves para complicações clínicas, sendo essencial avaliação antecipada do Fonoaudiólogo, até aqueles que possam impactar na dinâmica de deglutição, porém que de forma isolada não causam prejuízos à saúde do indivíduo, sendo fundamental acumular alguns itens para necessidade da avaliação deste profissional. A marcação de pelo menos quatro itens menos impactantes na deglutição e/ou qualquer item com risco elevado, leva o indivíduo a necessidade de avaliação fonoaudiológica.

A forma final do protocolo foi intitulada como: “PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE RASTREIO DE DISFAGIA EM PACIENTES HIV” e sua primeira versão foi enviada aos juízes especialistas, bem como para o público-alvo.

4.2. VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE RASTREIO MULTIPROFISSIONAL

4.2.1. VALIDAÇÃO POR JUÍZES ESPECIALISTAS

Para analisar o protocolo, foram escolhidos profissionais da área de Fonoaudiologia, Enfermagem, Nutrição e Medicina que tenham aceitado participar da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta o perfil dos sete juízes especialistas selecionados e que validaram o material de estudo. De acordo com a tabela, percebemos que, do total de juízes, 6 são do gênero feminino (85,7%) e 1 do masculino (14,3%). Com relação à faixa etária, observamos que há maior concentração de especialistas na faixa de 30 a 40 anos (57,1%), sendo a média de 44,1 anos e desvio padrão (DP) de 11,67.

Tabela 2 – Perfil dos juizes especialistas avaliadores do protocolo de rastreio

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Feminino	6	(85,7)
Masculino	1	(14,3)
Idade		
30 - 40 anos	4	(57,1)
41 - 50 anos	1	(14,3)
51 anos ou mais	2	(28,6)
Formação		
Fonoaudiologia	3	(42,8)
Enfermagem	2	(28,6)
Medicina	1	(14,3)
Nutrição	1	(14,3)
Tempo de Formação		
Até 15 anos	3	(42,8)
16 – 30 anos	2	(28,6)
31 anos ou mais	2	(28,6)
Titulação		
Mestrado	4	(57,1)
Doutorado	3	(42,9)
Área de trabalho		
Docência	--	--
Assistência	1	(14,3)
Docência e Assistência	6	(85,7)
Artigos Publicados		
Sim	5	(71,4)
Não	2	(28,6)

Foram escolhidos peritos de diferentes áreas da saúde, visto o perfil multiprofissional do protocolo, que atuam diretamente com o paciente em avaliações clínicas e terapia. Todos os convidados aceitaram participar da pesquisa, sendo 3 fonoaudiólogos (42,8%), 2 enfermeiros (28,6%), 1 médico (14,3%) e 1 nutricionista (14,3%). Com relação ao tempo de formação acadêmica, percebe-se que a grande maioria dos juízes possui até 15 anos (42,8%) de formado.

Devido à titulação mínima utilizada como critério de inclusão, observa-se pouca diferença percentual entre participantes com titulação de mestrado (57,1%) e doutorado (42,9%). No que diz respeito à área de trabalho, a grande maioria dos juízes (85,7%) dedica-se tanto à docência quanto à assistência clínica. Em relação à produção bibliográfica, 5 dos avaliadores (71,4%) possuem artigos publicados em periódicos.

Os juízes escolhidos foram orientados a avaliar cada um dos 16 itens do protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em paciente HIV, criado para o estudo, com relação aos seguintes critérios: clareza da linguagem escrita utilizada, pertinência do assunto em questão e abrangência dos principais aspectos referentes ao tema abordado para a população do estudo.

Para cada questão, se seguia uma escala ordinal composta por: “não relevante”, “pouco relevante”, “bastante relevante” e “altamente relevante”, que deveria ser assinalada conforme os critérios estabelecidos anteriormente.

Tabela 3 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 1ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante	Pouco Relevante	Bastante Relevante	Altamente Relevante
	(1)	(2)	(3)	(4)
1 – Possui elementos dentários?	-	1	3	3
2 – Faz uso de prótese dentária?	-	1	2	4
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto?	-	1	4	2
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	-	-	-	7
5 – Você leva mais tempo para se alimentar do que antigamente?	-	1	4	2
6 – Você demora ou tem dificuldade para comer alimentos duros?	-	2	3	2
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	-	1	2	4
8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência?	-	-	4	3

Tabela 4 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreo de disfagia – 1ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante	Pouco Relevante	Bastante Relevante	Altamente Relevante
	(1)	(2)	(3)	(4)
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	-	-	2	5
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	-	-	2	5
11 – Você precisa engolir várias vezes para sentir que o alimento saiu da garganta?	-	-	1	6
12 – Precisa beber líquidos para ajudar a comida a descer?	-	1	2	4
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	-	1	2	4
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	-	1	2	4
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	-	-	2	5
16 – A comida ou bebida vai para o “lugar errado” quando você engole?	1	1	2	3

Na primeira parte da validação, todos os juízes devolveram os questionários preenchidos dentro do prazo estipulado, os quais foram analisados item por item e descritos quanto à fase oral da deglutição (tabela 3), e fase faríngea (tabela 4).

Após esta verificação, o questionário foi analisado quantitativamente, observando-se as proporções de concordância descrita na Tabela 5.

Tabela 5 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia - Juízes - 1ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Número de juízes em concordância (n = 7)	IVC – I
1 – Possui elementos dentários?	6	0,86
2 – Faz uso de prótese dentária?	6	0,86
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto?	6	0,86
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	7	1,00
5 – Você leva mais tempo para se alimentar do que antigamente?	6	0,86
6 – Você demora ou tem dificuldade para comer alimentos duros?	5	0,71*
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	6	0,86
8 - Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência?	7	1,00
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	7	1,00
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	7	1,00
11 – Você precisa engolir várias vezes para sentir que o alimento saiu da garganta?	7	1,00
12 – Precisa beber líquidos para ajudar a comida a descer?	6	0,86
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	6	0,86
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	6	0,86
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	7	1,00
16 – A comida ou bebida vai para o “lugar errado” quando você engole?	5	0,71*
IVC – T		0,89

* Itens que obtiveram CVI – I inferior a 0,78.

Após análise quantitativa das respostas dos juízes nessa primeira fase, contata-se que dois itens não atingiram o IVC – I mínimo de 0,78. São eles: “6 – Você demora ou tem dificuldade para comer alimentos duros?” (0,71) e “16 – A comida ou bebida vai para o “lugar errado” quando você engole?” (0,71).

A revisão desses itens foi feita a partir da análise qualitativa das sugestões dos especialistas.

O item “Você demora ou tem dificuldade para comer alimentos duros?” foi modificado de acordo com a sugestão de uma das especialistas de substituir a nomenclatura utilizada “alimentos duros” por “sólidos”. Além disso, foi aceita a sugestão de outro juiz de utilizar palavras temporais que indiquem que a dificuldade que o indivíduo está apresentando não é prévia à doença, e sim que passou a ocorrer após seu diagnóstico.

Já o item “A comida ou bebida vai para o “lugar errado” quando você engole?”, foi acatada a sugestão de alterar a forma de descrever esta dificuldade, sendo utilizada então “Você engasga frequentemente?”, englobando a frequência que esse evento ocorre, para que assim seja considerado um problema.

Além dessas alterações obrigatórias, também foi realizado um levantamento de todas as sugestões apresentadas, ainda que com IVC – I considerado dentro do padrão adequado, possibilitando melhorias no protocolo criado, mediante a heterogeneidade de experiências dos juízes participantes. Sendo assim, foram alteradas palavras visando tornar as perguntas mais abrangentes e claras, acrescentadas palavras que deixem as perguntas mais autoexplicativas e que representem a temporalidade que a pergunta visa abranger.

Chama a atenção também a análise do item: “Há dificuldade de manter a comida/ Líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?”, onde os 7 juízes assinalaram a opção “altamente relevante”. Isso pode ser explicado devido ao fato de alterações neurológicas possibilitarem diminuição do tônus muscular, que conseqüentemente causa uma maior dificuldade no controle oral do bolo alimentar e possibilidade de atraso na sequência faríngea da deglutição, proporcionando uma maior chance de escape prematuro desse bolo tanto anterior como posterior e, conseqüentemente, risco de broncoaspiração (COSTA, 2000). Além disso, essa dificuldade é muito encontrada em avaliações objetivas de paciente com alterações neurológicas (GATTO, REHDER, 2006).

Após todas essas modificações, o protocolo em sua 2ª versão, datado de 25 de setembro de 2017, foi novamente enviado aos juízes especialistas para que

judgassem o material, agora modificado, dando seguimento a validação de aparência e conteúdo. A partir dos resultados dessa 2ª fase, realizou-se novamente a análise dos itens, descritos quanto à fase oral da deglutição (tabela 6), e fase faríngea (tabela 7).

Tabela 6 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreamento de disfagia – 2ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante (1)	Pouco Relevante (2)	Bastante Relevante (3)	Altamente Relevante (4)
1 – Possui elementos dentários?	-	1	2	4
2 – Faz uso de prótese dentária?	-	1	3	3
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?	-	1	3	3
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	-	-	3	4
5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta que antes da doença?	-	1	6	-
6 – Você passou a demorar ou ter dificuldades para comer alimentos sólidos depois da doença?	-	1	4	2
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	-	-	4	3
8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?	-	1	4	2

Tabela 7 – Avaliação de conteúdo dos juízes quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreio de disfagia – 2ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante	Pouco Relevante	Bastante Relevante	Altamente Relevante
	(1)	(2)	(3)	(4)
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	-	-	3	4
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	-	-	1	6
11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?	-	-	-	7
12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?	-	1	3	3
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	-	1	4	2
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	-	1	3	3
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	-	-	2	5
16 – Você engasga frequentemente?	-	-	2	5

A Tabela 8 mostra a análise quantitativa da proporção de concordância entre os juízes e análise qualitativa das sugestões apontadas, agora com o protocolo modificado.

Tabela 8 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia – Juízes - 2ª fase

Itens do instrumento de avaliação	Número de juízes	
	em concordância (n = 7)	IVC – I
1 – Possui elementos dentários?	6	0,86
2 – Faz uso de prótese dentária?	6	0,86
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?	6	0,86
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	7	1,00
5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?	6	0,86
6 – Você passou a demorar ou ter dificuldade para comer alimentos sólidos depois da doença?	6	0,86
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	7	1,00
8 - Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?	6	0,86
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	7	1,00
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	7	1,00
11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?	7	1,00
12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?	6	0,86
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	6	0,86
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	6	0,86
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	7	1,00
16 – Você engasga frequentemente?	7	1,00
	IVC – T	0,92

Após essa segunda fase específica de validação pelos juízes, a análise quantitativa mostrou IVC – I acima de 0,78 para todos os itens modificados do protocolo de rastreio. Sendo assim, pode-se considerar o protocolo parcialmente

validado, já que obteve IVC – T de 0,92, estando apto para iniciar a terceira fase da validação, que consiste na avaliação do público-alvo.

É importante observar também que a pergunta “Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?”, durante essa segunda avaliação, recebeu as 7 avaliações “altamente relevante”. Essa marcação pode ser justificada devido a alteração na forma como a pergunta foi reescrita, possibilitando maior acessibilidade do vocabulário a realidade da população do estudo. Além disso, encontramos na literatura especializada que a sensação de bolo na garganta tem grande relação com a dificuldade de deglutição encontrada em exames objetivos, levando ao maior risco para disfagia orofaríngea (GATTO, REHDER, 2006).

4.2.2. VALIDAÇÃO PELO PÚBLICO-ALVO

O público-alvo para avaliação do protocolo foi composto por profissionais da área de Medicina e Enfermagem, além de Técnicos e universitários dos cursos citados, que atuem nos primeiros cuidados do paciente com perfil da pesquisa e que tenham aceitado participar do estudo.

A Tabela 9 apresenta o perfil dos profissionais de saúde que participaram como público-alvo dessa etapa da avaliação e validação do material. Ao analisar os dados obtidos, encontramos que do total de 36 avaliadores, 31 são do gênero feminino (86,1%) e 5 do masculino (13,9%). Em relação à faixa etária, verifica-se que há maior concentração de profissionais e estudantes na faixa de 20 a 30 anos (63,9%), sendo a média de 30,1 anos e desvio padrão (DP) de 7,17.

Tabela 9 – Perfil do público-alvo que avaliou o protocolo de rastreio

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Feminino	31	(86,1)
Masculino	5	(13,9)
Idade		
20 - 30 anos	23	(63,9)
31 - 40 anos	9	(25,0)
41 anos ou mais	4	(11,1)
Formação/ Atuação		
Medicina	7	(19,4)
Enfermagem	4	(11,1)
Téc. de enfermagem	15	(41,7)
Universitários	10	(27,8)

Para essa etapa da avaliação, foram escolhidos profissionais de diferentes áreas da saúde que tenham contato com o paciente no momento de sua admissão hospitalar. Contou-se com a avaliação de 10 universitários dos últimos períodos de diferentes cursos das ciências da saúde (27,8%), 15 profissionais com formação técnica (41,7%), além de 7 médicos (19,4%) e 4 enfermeiros (11,1%).

O público abordado foi orientado a primeiro avaliar cada um dos 16 itens do protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia segundo a escala ordinal de “não relevante”, “pouco relevante”, “bastante relevante” e “altamente relevante”, com relação aos mesmos critérios de clareza da linguagem escrita utilizada, pertinência e abrangência do assunto em questão.

As Tabelas 10 e 11 exibem a análise dos itens pelo público-alvo, divididos quanto à fase oral e faríngea da deglutição.

Tabela 10 – Avaliação de conteúdo do público-alvo quanto à fase oral da deglutição do protocolo de rastreamento de disfagia

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante (1)	Pouco Relevante (2)	Bastante Relevante (3)	Altamente Relevante (4)
1 – Possui elementos dentários?	-	-	11	25
2 – Faz uso de prótese dentária?	-	-	11	25
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?	-	-	15	21
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	-	-	9	27
5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?	-	5	22	9
6 – Você passou a demorar ou ter dificuldades para comer alimentos sólidos depois da doença?	-	1	16	19
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	-	1	19	16
8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?	-	3	18	15

Tabela 11 – Avaliação de conteúdo do público-alvo quanto à fase faríngea da deglutição do protocolo de rastreo de disfagia

Itens do instrumento de avaliação	Não Relevante (1)	Pouco Relevante (2)	Bastante Relevante (3)	Altamente Relevante (4)
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	-	1	10	25
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	-	1	11	24
11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?	-	-	16	20
12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?	-	3	19	14
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	-	5	23	8
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	-	2	18	16
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	-	-	8	28
16 – Você engasga frequentemente?	-	-	11	25

Após a avaliação do público-alvo, foi feita nova análise quantitativa do questionário, avaliando-se as proporções de concordância descrita na Tabela 12.

Tabela 12 – Índices de validação de conteúdo do protocolo de rastreio de disfagia – Público-alvo

Itens do instrumento de avaliação	Número de juízes	
	em concordância (n = 36)	IVC – I
1 – Possui elementos dentários?	36	1,00
2 – Faz uso de prótese dentária?	36	1,00
3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?	36	1,00
4 – Há dificuldade de manter a comida/ líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?	36	1,00
5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?	31	0,86
6 – Você passou a demorar ou ter dificuldade para comer alimentos sólidos depois da doença?	35	0,97
7 – Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?	35	0,97
8 - Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?	33	0,92
9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?	35	0,97
10 – Sente o alimento/ líquido preso na garganta?	35	0,97
11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?	36	1,00
12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?	33	0,92
13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?	31	0,86
14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?	34	0,94
15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?	36	1,00
16 – Você engasga frequentemente?	36	1,00
	IVC – T	0,96

Observa-se que nas perguntas “5 - Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta que antes da doença?”, “6 – Você passou a demorar ou ter dificuldade para comer alimentos sólidos depois da doença?”, “7 - Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?”, “8 - Você sente que tem muita saliva na boca ou baba

com frequência quando está acordado?”, “9 - Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?”, “10 - Sente o alimento/ líquido preso na garganta?”, “12 - Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?”, “13 - Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?” e “14 - Você tosse ou pigarreja durante a refeição?” pelo menos 1 participante considerou pouco relevante cada uma dessas questões, porém não houve necessidade de alteração já que a maioria dos avaliadores classificou o item como bastante ou altamente relevante.

Após essa etapa específica de validação pelo público-alvo, ou seja, daqueles que irão lidar com o protocolo na prática clínica, observou-se através da análise quantitativa que não houve necessidade de modificações, devido aos valores de IVC – I acima de 0,78 para todos os itens do protocolo de rastreio, sendo mantida a aparência e conteúdo deste etapa.

Sendo assim, pode-se considerar o protocolo validado em sua aparência e conteúdo, já que obteve IVC – T de 0,92, atendendo sua finalidade e estando disponível no apêndice A deste material.

5 CONCLUSÃO

O protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em pacientes com infecção HIV é um instrumento elaborado baseado na literatura científica e deve ser visto como um instrumento de triagem do indivíduo no momento de sua hospitalização, visando a identificação precoce e interdição de uma possível complicação pulmonar para o paciente. Essa ferramenta ainda não foi aplicada em campo, porém, de acordo com a experiência de validação junto aos juízes, estima-se uma variação de 5 a no máximo 10 minutos para sua aplicação.

Bem como a identificação do risco de queda, de úlcera por pressão, infecção hospitalar, entre outros (LIMA et al, 2008), a identificação prematura do risco de disfagia permite a intervenção precoce por parte da equipe de fonoaudiologia, conduzindo o caso com indicação da consistência ou via de alimentação mais segura para o indivíduo naquele momento, bem como acompanhando o processo de cuidado e desospitalização deste.

A partir dos dados obtidos neste estudo, afirma-se que os objetivos puderam ser alcançados, ou seja, possibilitou a construção e validação com os juízes especialistas e com o público-alvo do protocolo de rastreio intitulado “Protocolo de Rastreio de Disfagia em Pacientes HIV”.

Este protocolo pode ser considerado validado do ponto de vista de aparência e conteúdo, uma vez que apresentou um IVC total de 0,92 na validação dos juízes especialistas e IVC total de 0,96 a partir da validação pelo público-alvo, constatando-se, assim, um IVC do protocolo de 0,94. Sendo assim, podemos considerar o instrumento resolutivo, com capacidade de cumprir o que se propôs.

Diante das sugestões e contribuições de todos os participantes durante o processo de validação, o protocolo passou por modificações de linguagem e estruturação, tornando-o mais abrangente e qualificado para utilização no dia-a-dia das pessoas que atuam com esses pacientes abordados na pesquisa.

A utilização do protocolo deve fazer parte da rotina dos profissionais da área de saúde, sendo que sua subjetividade pode ser um impedimento para o aproveitamento correto do mesmo. Sendo assim, treinamento e prática clínica são variáveis

importantes para a aplicação de um instrumento padronizado e devem ser levadas em consideração para o aperfeiçoamento de seu uso.

O julgamento do protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia por especialistas na área possibilitou aperfeiçoar o instrumento e contribuir para sua aplicabilidade por diferentes profissionais da saúde, o que permitiu a construção de um material que conjuga o olhar e prática clínica da equipe multiprofissional sobre o indivíduo hospitalizado, bem como a utilização de instrumentos validados.

É importante ressaltar que o protocolo foi validado em seu conteúdo e aparência. Outros estudos são necessários para verificar sua utilização na prática clínica, incluindo aplicação experimental em larga escala, abrangendo diferentes profissionais e instituições (validação interna e externa).

Após sua validação, o instrumento pode ser instituído pela gerência do hospital e utilizado no dia-a-dia como rastreio, sendo incluído juntamente aos já utilizados como procedimento operacional padrão, com intuito de identificar e priorizar problemas, além de implementar ações preventivas. Para isso, é importante conscientizar a equipe quanto sua relevância, bem como tornar sua aplicação dinâmica e automatizada, para que haja adesão na sua utilização.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULMASSIH EM, FILHO ED, SANTOS RS, JURKIEWICZ AL. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*; 13(1):55-62, 2009.
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. Diagnosis and treatment of swallowing disorders. In: *Acute-Care Stroke Patients*. Pennsylvania: AHCP; 1999.
- ALBERT C, HOLT AC, CLARK III PLM. Gastrostomy in the Treatment of Dysphagia. *Calif Med.*; 102(4): 280–284, 1965.
- ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3061-3068, 2011.
- ALTERTHUM F. Classificação dos seres vivos e abrangência da microbiologia. IN Trabulsi LR, Alterthum F. eds. *Microbiologia*. 4ª ed. Editora Atheneu, São Paulo, SP, p. 3-5, 2004.
- APEL K, SELF T. Evidence-based practice: the marriage of research and clinical services. *The Asha Leader Online.*; Sept 9 [about 4 p.], 2003.
- BEATON D, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Institute for Work & Health, 2007.
- BECK JT, GAYLER BW. Image quality and radiation levels in videofluoroscopy for swallowing studies: a review. *Dysphagia*;5:118-28, 1990.
- BEILKE MA, BARRIOS C. Human retroviral infections other than HIV infection. *ACP Medicine*. 2013.
- BERGAMASCHI R et al. The DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis. *J Neurol Sci*. Jun 15;269(1-2):49-53, 2008.
- BOCZKO F. Patients' awareness of symptoms of dysphagia. *J Am Med Dir Assoc*. Nov;7(9):587-90, 2006.
- BORNSTEIN RF, ROSSNER SC, HILL EL, STEPANIAN ML. Face validity and fakability of objective and projective measures of dependency. *Journal of Personality Assessment*, 63, 363-386, 1994.
- Campbell-Yesufu OT, Gandhi RT. Update on human immunodeficiency virus (HIV)-2 infection. *Clin Infect Dis*. 2011;52(6):780–787. doi:10.1093/cid/ciq248.
- CARVALHO RL, KRAHE C, FARINA G, PAULA DO, RICHETTI N, CROSSETTI T. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. *RBGO* - v. 26, nº 4, 2004.

CHRISTO PP. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. Rev Assoc Med Bras; 56(2): 242-7, 2010.

CLAVÉ P, ARREOLA V, VELASCO M, QUER M, CASTELLVÍ JM, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir. Esp.; 82(2):62-76, 2007.

COCK KM, ADJORLO G, EKPINI E, SIBAILLY T, KOUADIO J, MARAN M, et al. Epidemiology and Transmission of HIV-2 Why There is No HIV-2 Pandemic. JAMA 270(17), 2083-2086. 1993.

COLL O, FIORE S, FLORIDIA M. Pregnancy and HIV infection. A European consensus on management. AIDS,16(Suppl 2):S1-S18, 2002.

COSTA MMB. Como proteger fisiologicamente as vias aéreas durante a deglutição. In: Castro, Savassi-Rocha, Melo e Costa. Tópicos 10 em Gastroenterologia - Deglutição e Disfagia. MEDSI, Rio de Janeiro-RJ, p.37-48, 2000.

COX FM et al. Detecting dysphagia in inclusion body myositis. J Neurol. 2009 Dec; 256(12): 2009–2013.

DAVIS LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res; 5(4):194-197, 1992.

DOUEK DC, ROEDERER M, KOUP RA. Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. Annu Rev Med.; 60:471-84, 2009.

ECHER IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 13(5):754-7, 2005.

FURKIM AM, SANTINI CRQS (org.). Disfagias Orofaríngeas: volume 1. Ed. Pró- Fono, 2004.

FURKIM AM, SILVA RG. Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica. São Paulo: Frôntis, 1999.

GATTO AR, REHDER MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós-acidente vascular encefálico. Revista CEFAC, vol. 8, núm. 3, julho-setiembre, pp. 320-327, 2006.

GIGLIO VP, NAVARRETE RG, ROCHA SD. Ocorrência de disfagia em pacientes HIV positivo. Fono Atual, v.3, n.13, p. 7-8, 2000.

GONÇALVES BFT, BASTILHA GR, COSTA CC, MANCOPES R. Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. Rev. CEFAC.; 17(4): 1333-1340, 2015.

GOVENDER R et al. Development and preliminary validation of a patient-reported outcome measure for swallowing after total laryngectomy (SOAL questionnaire). Clin Otolaryngol. Dec;37(6):452-9, 2012.

GRANT JS, DAVIS LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*; 20(3):269-274, 1997.

GRAVETTER, FREDERICK J, FORZANO, LORI-ANN B. *Research Methods for the Behavioral Sciences* (4th ed.). Belmont, Calif.: Wadsworth. p. 78, 2012.

HANAYAMA K et al. Dysphagia in patients with Duchenne muscular dystrophy evaluated with a questionnaire and videofluorography. *Disabil Rehabil.*;30(7):517-22, 2008.

HESTER EK. HIV medications: an update and review of metabolic complications. *Nutr Clin Pract.*;27(1):51-64, 2012.

HINCHEY JA, SHEPARD T, FURIE K, SMITH D, WANG D, TONN S. Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke.*; 36(9):1972-6, 2005.

HINDS NP, WILES CM. Assessment of swallowing and referral to speech and language therapists in acute stroke. *QJM*. Dec;91(12):829-35, 1998.

HOLLAND G et al. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagus*. Sep;24(7):476-80, 2011.

HYRKAS K, APPELQVIST-SCHMIDLECHNER K, OKSA L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*; 40(6):619-625, 2003.

JACOBI J, LEVY DS, SILVA LMC. *Disfagia: avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

JACOBSSON C, AXELSSON K, OSTERLIND PO, NORBERG A. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *J Clin Nurs*;9(2):255-64, 2000.

JOVENTINO ES. *Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia maternal na prevenção da diarreia infantil*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

Júnior PRBS. *Oportunidades perdidas de redução de AIDS adquirida por transmissão vertical no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

KAWASHIMA K, MOTOHASHI Y, FUJISHIMA I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*. Fall;19(4):266-71, 2004.

LAGO RF, COSTA NR. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.15, suppl.3, pp. 3529-3540, 2010.

LAVREYS L, THOMPSON ML, MARTIN HL Jr, MANDALIYA K, NDINYA-ACHOLA JO, BWAYO JJ, KREISS J. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection:

clinical manifestations among women in Mombasa, Kenya. *Clin Infect Dis.* Mar;30(3):486-90, 2000.

LEOPOLD NA, KAGEL MC. Dysphagia in progressive supranuclear palsy: radiologic features. *Dysphagia.*;12(3):140-3, 1997.

LIMA LF, LEVENTHAL LC, FERNANDES MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Rev. einstein*; 6(4):434-8, 2008.

LYNN MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs. Res.*, v.35, n.9, p. 382-385,1986.

MACERA CA. A home-based exercise program for women with HIV. *Clinical Journal of Sports Medicine New York*, v.17, n.2, p.172, 2007. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.jsm.0000277809.9486>

MACHADO, A. *Neuroanatomia Funcional*. 2ª edição. Ed.Atheneu, 2013.

MACIEL JRV, OLIVEIRA CJR, TADA CMP. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Rev. Nutr.*; 21(4):411-421, 2008.

MANAVI K. A review on infection with human immunodeficiency virus. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20: 923-940, 2006.

MANOR Y, GILADI N, COHEN A, FLISS DM, COHEN JT. Validation of a swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* Oct 15;22(13):1917-21, 2007.

MARCHESAN IQ, FURKIM AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: Costa M, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi; p.375-84, 2003.

MARQUES, MCC. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 9, supl. p. 41-65, 2002.

MARTINEZ EJ, NORD HJ. Significance of solitary and multiple esophageal ulcers in patients with AIDS. *Southern Medical Journal*; 88(6):626-9, 2005.

McGILTON K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Can J Nurs Res*; 35(4):72-86, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Painel de Indicadores Epidemiológicos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em: abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília – DF, 2017.

MOREIRA MF, NOBREGA MML, SILVA MIT. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.56, n.2, p.184-188, abr. 2003.

MOURA ERF, et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. *Revista de APS*, v.11, n.4, p.435-443, 2008.

NEVES GN, CARDOSO MG. Manifestações bucais da AIDS. *Rev biociênc. Taubaté*, v. 9, n. 3, p. 53-60, jul-set, 2003.

NEWELL ML. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS*, 12: 831-837, 1998.

O'BRIEN K, NIXON S, GLAZIER RH, TYNAN AM. Progressive resistive exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Oxford, v.18, n.4, p.CD004248, 2004.

ORTIZ KZ (org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Fala e Deglutição*. Barueri, SP: Ed. Manole, 2006.

PEÇANHA EP, ANTUNES OAC. Estratégias Farmacológicas para a Terapia Anti-AIDS. *Quim. Nova*, Vol. 25, No. 6B, 1108-1116, 2002.

PERLMAN AL, CHRISTENSEN J. Topography and functional anatomy of the swallowing structures. In: Perlman AL, Schulze-Delrieu K, editors. *Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and management*. San Diego: Singular Publishing Group; p.15-42, 1997.

POLIT DF, BECK CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*;29(5):489-97, 2006.

RUBIO DM, BER-WEGER M, TEBB SS, LEE ES, RAUCH S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*;27(2):94-111, 2003.

SCHILKOWSKY LB, PORTELA MC, SA MC. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 187-197, 2011.

SCHROCK JW et al. A novel emergency department dysphagia screen for patients presenting with acute stroke. *Acad Emerg Med*. Jun;18(6):584-9, 2011.

SCHUSTER AD, LISE MLZ, HOERLLE JL. Avaliação sorológica de HIV por técnicas de ELISA de quarta geração. *Rev Epidemiol Control Infect.*;3(4):122-127, 2013.

SILVA EB, GROTTTO HZW, VILELA MMS. Aspectos clínicos e o hemograma em crianças expostas ao HIV-1: comparação entre pacientes infectados e soro-reversores. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 77, n. 6, p. 503-511, 2001.

SIRECI SG. The construct of content validity. *Soc Indic Res*; 45:83-117, 1998.

STRAUSS E. Hepatite C. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba , v. 34, n. 1, p. 69-82, Feb. 2001.

TILDEN VP, NELSON CA, MAY BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. Nurs Res; 39(3):172-175, 1990.

TOOMEY JM. Opportunistic Infections in AIDS. Jacksonville Medicine 1997 [citado em Nov 2016]. Disponível em <http://www.tgila.com>.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON AIDS. HIV/AIDS: the Global Epidemic. United Nations Joint Programme on AIDS Worldwide Web site: <http://www.unaids.org>. Acesso em: abr. 2017.

VAEZI MF. Esophageal disorders. ACP Medicine. Vol.1-23, 2011.

VELASCO M, GARCIA-PERIS P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr. Hosp.; 24(2):56-65, 2009.

VONO I. Avaliação e intervenção fonoaudiológica no idoso. Belo Horizonte – MG; pp.29, 2005.

WESTERGREN A, HALLBERG IR, OHLSSON O. Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. Scand J Caring Sci.;13(4):274-82, 1999.

WYND CA, SCHAEFER MA. The Osteoporosis Risk Assessment Tool: establishing content validity through a panel of experts. Appl Nurs Res; 16(2):184-188, 2002.

YAMADA EK, SIQUEIRA KO, XEREZ D, KOCH HA, COSTA MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. Arq Gastroenterol;v.41-1, 2004.

Apêndice A – Protocolo de Rastreo de Disfagia em Pacientes HIV

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____ Sexo () M () F
 Tempo de diagnóstico: _____ Prontuário: _____ CD4: _____ Uso de TARV () S () N
 Peso estimado: _____ Exames de imagem/instrumental: _____
 Histórico de Pneumonia () S () N Refluxo/ Azia () S () N Alteração na voz/fala () S () N
 Profissional: () Médico () Enfermeiro/Técnico de Enfermagem () Fonoaudiólogo () Outro _____

Critérios clínicos:

- Paciente traqueostomizado
- Paciente não consegue manter-se alerta
- Não permanece sentado/posturado
- Necessita de suporte de oxigênio
- Uso de via alternativa de alimentação
- Presença de candidíase oral
- Queixas para se alimentar (necessita de preparo especial ou líquidos espessados)

Caso tenha marcado alguma das opções encaminhar para avaliação Fonoaudiológica

Caso não tenha marcado nenhuma das opções, iniciar o questionário

1 – Possui elementos dentários? () S () N
() completos () incompletos

2 – Faz uso de prótese dentária? () S () N
() superior () bem adaptada () frouxa
() inferior () bem adaptada () frouxa

3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?
() S () N

4 – Há dificuldade de manter a comida/líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?
() S () N

5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?
() S () N

6 – Você passou a demorar ou ter dificuldades para comer alimentos sólidos depois da doença?
() S () N

7- Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?
() S () N

8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?
() S () N

9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?
() S () N

10 – Sente o alimento/líquido preso na garganta?
() S () N

11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?
() S () N

12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?
() S () N

13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?
() S () N

14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?
() S () N

15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?
() S () N

16 – Você engasga frequentemente?
() S () N

Da pergunta 1 a 8 se marcar pelo menos **4** alternativas **SIM**

Da pergunta 9 a 16 se marcar **qualquer** alternativa **SIM**

ENCAMINHAR PARA FONOAUDIOLOGIA

Apêndice B – Carta Convite aos Juízes Especialistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

Prezado (a) _____

Eu, Luise Alexandre Rocha Soutinho, fonoaudióloga e mestranda do Programa de Pós-graduação em Infecção HIV e Hepatites Virais, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, venho, por meio desta, convidá-lo(a) a participar como avaliador especialista na validação de aparência e conteúdo do protocolo multiprofissional de rastreamento de disfagia, construído para minha dissertação, sob orientação do professor doutor Daniel Aragão Machado.

Trata-se de um protocolo multiprofissional de rastreamento para disfagia a ser utilizado na admissão hospitalar de pacientes portadores de HIV.

Desde já agradeço sua participação.

Atenciosamente,

Luise Alexandre Rocha Soutinho

Apêndice C – Formulário para Validação da Aparência e Conteúdo

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Maior titulação: _____ Tempo de trabalho na área: _____

INSTRUÇÕES

Avalie minuciosamente os itens do protocolo de acordo com sua **clareza, pertinência e abrangência**. Será utilizada uma escala ordinal de quatro pontos para determinar a representatividade de cada item do instrumento:

(NR) Não relevante

(PR) Pouco relevante

(BR) Bastante relevante

(AR) Altamente relevante

Observação: Sempre que classificar como NR ou PR, por favor, descreva a razão pela qual considerou essa opção.

AVALIAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS (1ª FASE)

1 – Possui elementos dentários? () S () N
() completos () incompletos
() NR () PR () BR () AR

2 – Faz uso de prótese dentária? () S () N
() superior () bem adaptada () frouxa
() inferior () bem adaptada () frouxa
() NR () PR () BR () AR

3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

4 – Há dificuldade de manter a comida/líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

5 – Você leva mais tempo para se alimentar do que antigamente?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

6 – Você demora ou tem dificuldades para comer alimentos duros?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

7- Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

10 – Sente o alimento/líquido preso na garganta?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

11 – Você precisa engolir várias vezes para sentir que o alimento saiu da garganta?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

12 – Precisa beber líquidos para ajudar a comida a descer?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

14 – Você tosse ou pigarreia durante a refeição?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

15 – Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

16 – A comida ou bebida vai para o “lugar errado” quando você engole?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

Da pergunta 1 a 8 se marcar
pelo menos **4** alternativas **SIM**

Da pergunta 9 a 16 se marcar
qualquer alternativa **SIM**

ENCAMINHAR PARA FONOAUDIOLOGIA

AValiação – JuÍzes Especialistas (2ª Fase)

1 – Possui elementos dentários? () S () N
() completos () incompletos
() NR () PR () BR () AR

2 – Faz uso de prótese dentária? () S () N
() superior () bem adaptada () frouxa
() inferior () bem adaptada () frouxa
() NR () PR () BR () AR

3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

4 – Há dificuldade de manter a comida/líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

6 – Você passou a demorar ou ter dificuldades para comer alimentos sólidos depois da doença?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

7- Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

10 – Sente o alimento/líquido preso na garganta?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

14 – Você tosse ou pigarreja durante a refeição?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

15 –Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

16 – Você engasga frequentemente?
() S () N
() NR () PR () BR () AR

Da pergunta 1 a 8 se marcar pelo menos 4 alternativas **SIM**

Da pergunta 9 a 16 se marcar **qualquer** alternativa **SIM**

ENCAMINHAR PARA FONOAUDIOLOGIA

AVALIAÇÃO – PÚBLICO ALVO

1 – Possui elementos dentários? () S () N
 () completos () incompletos
 () NR () PR () BR () AR

2 – Faz uso de prótese dentária? () S () N
 () superior () bem adaptada () frouxa
 () inferior () bem adaptada () frouxa
 () NR () PR () BR () AR

3 – Possui alguma dificuldade para fazer movimentos com o rosto (Paralisia Facial)?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

4 – Há dificuldade de manter a comida/líquido dentro da boca? Escapa ou cai pelos lábios?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

5 – Você se alimenta de forma mais rápida ou mais lenta do que antes da doença?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

6 – Você passou a demorar ou ter dificuldades para comer alimentos sólidos depois da doença?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

7- Depois que você engole ainda ficam restos de alimento na boca?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

8 – Você sente que tem muita saliva na boca ou baba com frequência quando está acordado?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

9 – Você sente dor para engolir saliva, alimentos ou líquidos?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

10 – Sente o alimento/líquido preso na garganta?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

11 – Precisa engolir várias vezes para ajudar o alimento a descer da garganta?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

12 – Passou a beber líquidos para ajudar a comida a descer depois da doença?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

13 – Sente que sua voz muda durante ou depois da refeição?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

14 – Você tosse ou pigarreja durante a refeição?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

15 –Se sente sufocado ou com dificuldade para respirar ao se alimentar?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

16 – Você engasga frequentemente?
 () S () N
 () NR () PR () BR () AR

Da pergunta 1 a 8 se marcar
pelo menos **4** alternativas **SIM**

Da pergunta 9 a 16 se marcar
qualquer alternativa **SIM**

ENCAMINHAR PARA FONOAUDIOLOGIA

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012).

Título da pesquisa:

“Elaboração e Validação de Protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em pacientes com infecção HIV”.

Pesquisador Responsável: Luise Alexandre Rocha Soutinho
Endereço: Rua Mariz e Barros, 775
CEP: 20.270-004 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2264-4008 / 2264-1676.
E-mail: luiseale02@yahoo.com.br

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em pacientes com infecção HIV”, realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Antes de decidir a respeito de sua participação nesse estudo, é importante que você leia e entenda esse documento e o que está envolvido nessa pesquisa (também chamada de estudo clínico). Esse documento, chamado de “termo de consentimento livre e esclarecido” descreve os objetivos, os procedimentos, os riscos, os benefícios e os desconfortos do estudo. Nenhuma promessa ou garantia sobre resultados dessa pesquisa pode ser feita. Por favor, pergunte quantas vezes você achar necessário para decidir se você quer ou não participar deste estudo, pois sua participação não é obrigatória. O objetivo da pesquisa é elaborar e validar um protocolo com aplicação multiprofissional para identificação do risco de disfagia a ser implementado na admissão hospitalar de pacientes que vivem com HIV.

A sua participação é muito importante. Serão coletadas informações através do preenchimento de um protocolo multiprofissional de rastreio de disfagia em pacientes HIV. Este projeto de pesquisa poderá vir gerar uma publicação em congresso científico, em uma revista médica especializada e na realização do trabalho de conclusão do programa de mestrado profissional – PPGHIV/HV.

Aplicaremos esta pesquisa no momento da internação de pacientes com diagnóstico de HIV, de ambos os sexos e com idade mínima de 18 anos.

Como benefício, podemos não só acelerar o encaminhamento para equipe de Fonoaudiologia daqueles que apresentem risco de disfagia, evitando episódios de broncoaspiração e pneumonia, como também reduzir o tempo de internação hospitalar. A terapia fonoaudiológica visa maior funcionalidade das funções que se encontrarem alteradas, melhorando sua saúde e qualidade de vida.

O estudo possui risco mínimo devido ao tempo destinado à resposta das perguntas. Ressaltamos que será garantida à privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como a segurança de que os resultados obtidos não poderão ser usados para outros fins além dos previstos neste projeto. Além disso, você tem o direito de não responder qualquer pergunta que se sinta envergonhado, podendo interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento. As questões referentes à sua identidade, história patológica pregressa e critérios clínicos de risco para disfagia serão respondidas com base nas informações do prontuário. As demais, referente a alterações da fase oral e faríngea da deglutição, serão levadas em consideração sua resposta.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador neste

hospital.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Senhor (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), na rua Mariz e Barros, 775, Tijuca (Fonoaudióloga Luise Alexandre Rocha Soutinho), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HUGG, na rua Mariz e Barros nº 775, Tijuca – Prédio do Hospital – Entrada pela Ortopedia, no horário de 9:30 às 12:00h e 14:30 às 17:00h de 2ª a 6ª feira, através do telefone (21) 22645177 ou ainda por email cephugg@gmail.com

Pedimos a sua assinatura neste termo de consentimento, em duas vias de igual teor, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e a sua disposição em participar deste trabalho, em concordância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, o(a) senhor(a) receberá uma via deste documento e a outra via será arquivada pelo pesquisador responsável.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

Luise Alexandre Rocha Soutinho

Eu, _____, tendo sido devidamente informado e tendo esclarecido minhas dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Rio, ____ de _____ de 201__.

Assinatura

Apêndice E – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de rastreio multiprofissional de disfagia em pacientes com infecção HIV/Aids

Pesquisador: Luise Alexandre Rocha Soutinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67646617.2.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.247.883

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)