



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Ana Catarina Borges Bouça

Tradução e contributo para a validação do VFSS
Template for Infants and Children Consuming Purees
Through Table Foods

Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição

Orientador: Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos

Outubro, 2017



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Ana Catarina Borges Bouça

**Tradução e contributo para a validação do *VFSS Template for
Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods***

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos

Júri:

Presidente: Doutora Isabel Maria da Silva Franco Desmet

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos

Professor Adjunto convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Diretora da Obra Social do Pousal e Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Investigadora UNIDE/ ISCTE

Outubro, 2017

NOTA

O presente trabalho, desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Trabalho de Projeto”, do Mestrado em Terapia da Fala - Área de motricidade orofacial e deglutição, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, segue as normas ortográficas vigentes, em concordância com o acordo ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990.

Na elaboração deste projeto, foram seguidas as normas de relatórios de pesquisa da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA)¹ complementadas pelas normas internacionais de Vancouver², no que se refere às citações e referências bibliográficas. Esta opção visou facilitar a leitura do estudo, respeitando as normas requeridas em artigos científicos na área da saúde.

Os apêndices e anexos relevantes à compreensão aprofundada do presente trabalho constam, pela sua extensão, num *dossier* complementar de pesquisa.

¹ Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Normas para redacção de trabalhos académicos e científicos. Conselho Científico. Alcoitão; Outubro 2004.

² International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. N Engl J Med 1996; 336:309-316.

RESUMO

Objetivo: Traduzir e contribuir para a validação do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*, uma ferramenta que visa a avaliação videofluoroscópica da deglutição, de crianças em fase de diversificação alimentar. **Metodologia:** Estudo metodológico constituído por duas fases: a) tradução do instrumento através da técnica de tradução e retroversão b) adaptação e contributo para a validação, através de um painel de Delphi. O painel de Delphi, constituído por quatro peritos, analisou quantitativamente e qualitativamente (levantamento de opiniões e sugestões) a versão traduzida da ferramenta. Determinou-se a validade por recurso ao *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) e ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC), dos itens individualmente (I-IVC) e da ferramenta como um todo (SIVC/Ave e SIVC/ UA). **Resultados:** Obteve-se uma versão de consenso através da etapa de tradução. Sujeitou-se esta versão ao método de Delphi, que exigiu a realização de três rondas. Desta análise resultaram modificações da versão traduzida, incluindo a criação de um manual de aplicação. A ferramenta final (folha de registo e manual) obteve um ICC que variou entre 0,89 e 0,98, nos vários critérios analisados, um SIVC/ Ave de 0,98 e um SIVC/ UA de 0,78. **Conclusão:** A versão portuguesa do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods* obteve bons níveis de concordância e validade de conteúdo. O presente estudo permitiu traduzir e contribuir para a validação da ferramenta. No entanto, mais etapas deverão ser cumpridas para obtenção de uma ferramenta passível de ser utilizada na prática clínica e de investigação.

Palavras-chave: videofluoroscopia, disfagia, crianças, tradução, validação

ABSTRACT

Objective: Translate and contribute to the validation of the VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods, a tool used to study the deglutition, by videofluoroscopy, of children in the food's diversification stage. **Methodology:** Methodological study divided in two phases: a) translation through the translation and back translation technique B) adaptation and contribution for the validation, based on a Delphi's panel. The Delphi's panel was constituted by four experts and had analyzed quantitatively and qualitatively (collecting opinions and suggestions) the translated version of the tool. Its validity was determined through the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) and the Content Validity Index (CVI) both of individual items (I-CVI) and of the overall scale. **Results:** As a result of the translation's phase, it was obtained a consensual version. That version was submitted to the Delphi's method that took three rounds. As a consequence of this analysis, the translated version was modified and a user's manual was created. The final tool (registration sheet and manual) had a CVI that varied between 0,89 and 0,98, on the different aspects that were analyzed. Its SCVI/ Ave was of 0,98 e its SCVI/ UA was 0,78. **Conclusion:** The portuguese version of the VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods presents good levels of agreement and validity of content. The present study allowed the translation and contributed to the validation of the tool. However, further study must be made until this tool can be used in clinical practice and in investigation.

Key words: videofluoroscopy, dysphagia, children, translation, validation

I. INTRODUÇÃO

A deglutição pode ser definida como um processo biomecânico, constituído por um conjunto de ações neuromotoras coordenadas para a condução do conteúdo existente na cavidade oral (saliva, alimento, medicação), para o estômago⁽¹⁾, protegendo a via aérea⁽²⁻⁴⁾. Dada a sua complexidade, diferentes mecanismos (estruturais ou funcionais) podem afetar a sua eficácia e eficiência, pondo em risco a integridade da saúde pulmonar e/ ou nutricional do indivíduo^(5,6). A disfagia surge, assim, como uma entidade que detém uma multiplicidade de definições, sendo no entanto comum a todas elas a noção de disfagia como uma perturbação da deglutição^(2,5-10). Segundo Miller e Willging⁽¹¹⁾, a disfagia é entendida não como um diagnóstico *per si*, mas antes como um leque de disfunções do processo de alimentação/ deglutição, que condicionam amplamente a qualidade de vida de quem a apresenta. De facto, Frazão⁽⁸⁾ ressalta a desnutrição e prejuízo da saúde pulmonar, bem como a perda do prazer de alimentação e o impacto negativo na socialização, como consequências primordiais da disfagia.

A disfagia pediátrica, pelas especificidades anatómicas e comportamentais que são inerentes à população infantil, revela-se como uma perturbação com características próprias que a diferenciam da condição que se pode encontrar no adulto^(12,13). Explicitando, a deglutição infantil é tida como um processo dinâmico, em permanente mutação^(3,14,15), o que não se verifica no adulto. De facto, é marcada pela necessidade de reajustes constantes face ao crescimento e maturação das estruturas que nela participam, especialmente entre os seis e os trinta e seis meses de idade (período de diversificação das consistências alimentares)⁽¹⁶⁾, contrastando com o padrão estável do adulto⁽¹⁷⁾. Do mesmo modo, envolve um vasto leque de competências neuromotoras (sensoriais, cognitivas, motoras e comportamentais), enquadradas e dependentes do desenvolvimento global da criança^(14,15).

A relevância da diferenciação das práticas associadas à disfagia no adulto e disfagia na infância tem vindo a refletir-se num crescente aumento da investigação na área da disfagia pediátrica^(18,19). Simultaneamente, a pertinência da investigação no âmbito das perturbações da deglutição em Pediatria é justificada pelo franco crescimento da sua incidência. De facto, fruto dos avanços científicos e tecnológicos que envolvem a Medicina, verificou-se um aumento da taxa de sobrevivência de neonatos, com um conseqüente agravamento da incidência de intercorrências e morbidades associadas⁽²⁰⁻²²⁾, das quais se destacam: uso de vias alternativas de alimentação, ventilação mecânica prolongada e sequelas no neurodesenvolvimento. Como consequência, um maior número de crianças com perturbações dos diferentes processos associados à deglutição é cada vez mais precocemente despistado e encaminhado para

intervenção terapêutica^(12,19). Considerando este aumento da procura de intervenção na área da disfagia pediátrica, a pertinência da diferenciação das abordagens do processo de avaliação e intervenção da população pediátrica e adulta, ganha novos contornos. De facto, a relevância de uma avaliação fidedigna, adaptada às especificidades da idade pediátrica está amplamente instituída^(12,13,23), visto permitir determinar a segurança do processo de alimentação e as suas disfunções e possibilitar um planeamento terapêutico mais adequado e conseqüentemente mais eficiente e eficaz.

A etiologia da disfagia pediátrica está amplamente associada a disfunções neurológicas, alterações estruturais congénitas, imaturidade, comportamento e refluxo gastroesofágico^(3,10,12,21).

Considerando a complexidade do processo de deglutição, bem como a multiplicidade de aspetos que podem condicionar a sua segurança e eficácia, torna-se essencial determinar com precisão os mecanismos que estão na base da disfagia. Um diagnóstico das alterações estruturais ou disfunções vai permitir determinar a conduta terapêutica mais adequada para minimizar as comorbidades associadas a um quadro disfágico, as quais poderão passar por: adequação de posicionamento, modificação das características físicas do alimento (temperatura, volume, consistência, viscosidade, formas de administração do alimento), execução de manobras terapêuticas, terapia miofuncional, correção das alterações estruturais (cirurgia, terapia medicamentosa...)^(20,24).

De entre os instrumentos utilizados na avaliação do processo de deglutição e alimentação em Pediatria, destacam-se: a avaliação clínica, a videofluoroscopia, a videoendoscopia ou fibroendoscopia da deglutição, a eletromiografia e a ressonância magnética funcional^(11,25,26).

A videofluoroscopia (VFD) surge como um dos exames mais utilizados na avaliação instrumental do processo de deglutição, tanto em crianças como em adultos, de cariz complementar face à avaliação clínica. Trata-se de um exame vastamente utilizado pela sua facilidade de interpretação, possibilitando o levantamento de informações estruturais e funcionais no decorrer das diferentes fases do processo da deglutição e na coordenação das mesmas (fase oral com faríngea e fase faríngea com esofágica)^(11,26-28). A VFD surge, assim, como uma ferramenta de alta relevância para o diagnóstico e planeamento terapêuticos^(16,28,29), pelo que, segundo a American Speech and Hearing Association (ASHA)⁽²⁰⁾, a presença do Terapeuta da Fala, para além do Radiologista e Técnico de Radiologia, é essencial para a definição dos procedimentos do exame, interpretação da biomecânica da deglutição observada e determinação da eficácia das técnicas de intervenção terapêuticas^(20,30).

A avaliação radiológica é uma extensão da avaliação clínica⁽²⁵⁾, pelo que a VFD deverá ser planeada refletindo a situação habitual da alimentação da criança, destacando-se:

posicionamento, forma de administração do alimento, consistências, volumes.^(10,15,26,28) No entanto, e embora alguns autores defendam a avaliação videofluoroscópica próxima da situação natural de alimentação⁽²⁶⁾, esta é compatível e otimizada pela definição de metodologias de avaliação e sistematização da análise dos dados videofluoroscópicos recolhidos^(16,28).

De facto, existem diferentes propostas metodológicas na avaliação videofluoroscópica^(26,31,32). No entanto, estas revelam-se inadequadas à especificidade da população infantil ou são pouco sistemáticas na avaliação da disfagia pediátrica. No âmbito da avaliação pediátrica, destacam-se as normas da ASHA⁽²⁰⁾ e do Royal College of Speech-Language Therapy⁽²⁴⁾, as quais, embora funcionem como guias na execução da VFD, fazem-no num sentido mais lato, não sistematizando os procedimentos a seguir. O mesmo acontece com o trabalho desenvolvido por Hiorns e Ryan⁽³⁰⁾, que se propõem a fazer uma revisão do “estado da arte” da VFD pediátrica, sintetizando alguns achados obtidos no âmbito de diferentes estudos envolvendo VFD, nomeadamente: equipa, seleção de utentes, contexto, presença de sondas, apresentação do alimento, consistências com bário, cansaço, fim do estudo, técnica radiológica (posicionamento, técnica videofluoroscópica, dosagem), abordando ainda a interpretação dos resultados.

Arvedson e Lefton-Greif^(13,16) abordam de forma sistemática nas suas publicações a prática da VFD (avaliação clínica prévia à VFD, a VFD propriamente dita e a interpretação dos resultados), não obstante não apresentam nenhum protocolo validado de orientação à sua execução. Sugerem antes diferentes instrumentos para a análise das imagens recolhidas no decorrer do exame (*Summary of Videofluoroscopic Swallow Study; VFSS Report; Feeding and Swallowing Status Update; Interpretation of VFSS Findings; Status of Oral and Pharyngeal Phase Function*)⁽¹⁶⁾, propondo diferentes modelos de relatório final (*Summary of Swallow Phase Function; Management Recommendations for Pediatrics Patients with Impairment in Feeding/ Swallowing Function*)⁽¹⁶⁾.

Concomitantemente, na restante bibliografia pesquisada não foram encontrados protocolos validados para a avaliação videofluoroscópica da deglutição, em idade pediátrica, pressuposto que justifica a pertinência do presente estudo. De facto, a VFD pediátrica em Portugal, para estudo do processo de deglutição, revela-se um recurso de implementação recente e pouco disseminada, embora seja considerado essencial e basilar na avaliação e planeamento da conduta terapêutica, evidenciando a necessidade da construção de ferramentas validadas na prática clínica. Considerando que a intervenção nas perturbações da deglutição se apresenta como uma área em franco crescimento, em que o Terapeuta da Fala surge como o profissional mais habilitado para avaliar e intervir neste âmbito, no seio de uma abordagem interdisciplinar^(20,31,33),

revela-se de grande relevância o desenvolvimento desta temática no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala – Área de Motricidade Orofacial e Deglutição.

Atualmente, desconhece-se a existência de um protocolo de avaliação videofluoroscópica da deglutição validado, nomeadamente para a população pediátrica portuguesa. Considerando que a ASHA é uma referência no seio da comunidade científica, selecionou-se uma ferramenta construída no seio desta instituição para a avaliação da deglutição, por videofluoroscopia, de crianças em fase de diversificação alimentar: o *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ (Anexo I). O objetivo do presente estudo foi traduzir para o português europeu e contribuir para a validação do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾.

II. METODOLOGIA

O presente projeto é um estudo metodológico, considerando que o mesmo visa traduzir e contribuir para a validação de uma ferramenta⁽³⁵⁾, não respeitando, ao contrário de outros métodos de investigação, todas as etapas típicas de um processo de investigação⁽³⁵⁾. Este estudo dividiu-se em três etapas: a) obtenção da autorização do autor do protocolo; b) tradução; c) contributo para a validação de conteúdo.

2.1 PROCEDIMENTOS

O estudo iniciou-se após aprovação do presente projeto pelo Conselho Científico da ESSA. Posteriormente, foi obtida a autorização da ASHA, detentora dos direitos do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾, para utilização do mesmo no presente estudo (Apêndice I).

2.1.1. TRADUÇÃO

No processo de tradução recorreu-se à técnica de tradução e retroversão⁽³⁵⁻³⁷⁾, seguindo as primeiras etapas do método proposto por Sousa e Rojjanasrirat⁽³⁸⁾ e Beaton, Bombardier Guillemín e Ferraz⁽³⁹⁾: a) tradução do documento original para a língua-alvo (português europeu), por dois tradutores bilingues, independentes, cuja língua materna é o português europeu (T1 e T2). Ambos os tradutores eram terapeutas da fala (considerando que a ferramenta a traduzir ia ser utilizada por terapeutas da fala)⁽³⁵⁾; c) obtenção da versão de consenso entre os dois tradutores (T3); c) retrotradução da versão de consenso por um tradutor bilingue, terapeuta da fala, cujas línguas maternas são o inglês e o português europeu (T4); d) comparação entre a versão original e a versão retrotraduzida do instrumento pelo autor do presente estudo; e)

obtenção da nova versão de consenso mediante discussão das disparidades encontradas (T5) f) retrotradução da nova versão de consenso (T6) e) comparação da versão original do instrumento com a versão retrotraduzida e consequente obtenção da versão final da tradução (T5) (Apêndice II) g) redação do relatório do processo de tradução (Apêndice III).

A tradução e adaptação transcultural de um instrumento pressupõem uma avaliação da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. No entanto, tratando-se uma ferramenta não validada, estas equivalências não foram contempladas.

2.1.2. CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO

O processo de validação baseou-se na técnica de Delphi^(35,41-43), a qual visa a colheita de dados e obtenção de consenso entre peritos e é amplamente utilizada na área da saúde^(41,44). Iniciou-se após a constituição da versão T5 do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾.

Os peritos que integraram o painel de Delphi foram convidados a colaborar no presente estudo (Apêndice IV) e foi obtida a confirmação da disponibilidade dos mesmos para participarem no projeto.

A versão final do documento traduzido (T5 - Apêndice II) foi apresentada ao painel de peritos, para darem o seu contributo no processo de adaptação e validação de conteúdo⁽³⁵⁾ da versão portuguesa do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾. Este processo decorreu através de questionário, no qual os peritos manifestavam a sua opinião, classificando os itens através de uma escala de concordância (ronda 1 - escala dicotómica, em que -1 correspondia a discordância e 1 a concordância - Apêndice V; ronda 2 e 3 - escala de Lickert de 1 a 5, em que 1 correspondia a uma discordância total e o 5 a uma concordância total - Apêndices VI e VII).

Os critérios a analisar através dos questionários, prenderam-se com a clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ dos itens que constituíam o protocolo traduzido. Este processo foi repetido até se obter uma versão de consenso, o que exigiu um total de três rondas. Na segunda e terceira rondas, foram ainda aplicados questionários que visavam a recolha da opinião do painel de Delphi, quanto à aplicabilidade, pertinência e adequação da versão traduzida e adaptada do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ (Apêndices VIII e IX). Após cada uma das rondas, os resultados obtidos foram analisados (Apêndice X, XI e XII) e o protocolo foi reformulado de acordo com a opinião dos peritos, respeitando os seguintes critérios: a) itens dos questionários que obtiveram uma pontuação de -1 (na primeira ronda) ou inferior a 3 (na segunda e terceira rondas) b) itens que obtiveram uma crítica ou sugestão por parte dos peritos. Foi igualmente solicitado aos peritos o

preenchimento de fichas de caracterização (Apêndice XIII), para recolha de dados relativos ao perfil dos elementos que integraram o painel de especialistas.

2.2. AMOSTRA

O processo de seleção da amostra foi por conveniência e implicou a constituição de critérios de inclusão, de acordo com o proposto na literatura. As orientações determinam que o painel deverá ser constituído por especialistas com treino, experiência e qualificações relevantes no âmbito do estudo que integram^(35,39,45). Por forma a cumprir estes requisitos, estabeleceu-se que os peritos que iriam constituir o painel deveriam ser: terapeutas da fala com experiência profissional com disfagia pediátrica superior a cinco anos e que já tivessem executado mais de três estudos de deglutição em crianças, em Portugal, através de videofluoroscopia; médicos radiologistas ou técnicos de Radiologia, que já tivessem executado mais de dez videofluoroscopias da deglutição em Pediatria, em Portugal.

Numa primeira fase, foi realizado o levantamento dos locais onde se desenvolvia a videofluoroscopia em Pediatria, em Portugal, através de um contacto informal com os terapeutas da fala que desenvolvem a sua atividade na área da disfagia pediátrica. Este levantamento envolveu terapeutas da fala que desenvolviam a sua atividade em meio hospitalar e centros de reabilitação, no Sul, Centro e Norte de Portugal. Após a compilação desta informação, determinou-se que existiam quatro instituições que executavam videofluoroscopia da deglutição em crianças (uma na região sul, duas na região centro e uma na região norte). Em todas as instituições o terapeuta da fala colaborava na execução do exame, juntamente com a equipa de Radiologia (elementos variáveis). Seguidamente, procedeu-se aos convites para a colaboração no presente estudo a cinco peritos⁽⁴⁵⁾, aos quais todos acederam. A escolha deste número prende-se com a disponibilidade dos peritos (número reduzido a nível nacional) e as sugestões patentes na literatura: indicações variam entre 2 a 20^(45,46), sendo o mais consensual em número ímpar⁽⁴⁸⁾. Contudo, a amostra final foi de quatro peritos (três terapeutas da fala e um médico radiologista), considerando a ausência de resposta de um dos peritos no decorrer da segunda ronda do estudo.

O painel de Delphi foi constituído por quatro peritos, com idades compreendidas entre os 29 e os 49 anos, sendo a média de idades de 40 anos e 9 meses. Todos os peritos detinham um grau igual ou superior ao de licenciatura e só um não detinha formação específica em disfagia (o médico radiologista). O número médio de VFD pediátricas executadas pelos peritos era 28. Os anos de prática com disfagia pediátrica variavam entre 7 e 25, integrando o critério de inclusão de um mínimo de cinco anos. O quadro 1 representa a síntese da caracterização dos peritos que constituíram o painel de Delphi, de acordo com o género, idade, profissão, habilitações

académicas, formação no âmbito da disfagia, anos de prática profissional com disfagia pediátrica e número de videofluoroscopia pediátricas da deglutição executadas.

Quadro 1. Síntese da caracterização dos peritos do painel de Delphi

		N = 4
GÉNERO	Feminino	3 (75%)
	Masculino	1 (25%)
IDADE (ANOS)	Média	40,75
	Mín.- Máx.	29 - 49
PROFISSÃO	Terapeuta da Fala	3 (75%)
	Médico Radiologista	1 (25%)
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Licenciatura	2 (50%)
	Mestrado	1 (25%)
	Pós-Doutoramento	1 (25%)
FORMAÇÃO EM DISFAGIA	Sim	3 (75%)
	Não	1 (25%)
PRÁTICA COM DISFAGIA PEDIÁTRICA (ANOS)	Média	15,50
	Mín.- Máx.	7 - 25
VIDEOFLUOROSCOPIAS EXECUTADAS (Nº TOTAL)	Média	28
	Mín.- Máx.	5-40

2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de recolha dos dados do presente estudo foram questionários, construídos especificamente para o efeito. Estes permitiram a quantificação das opiniões dos peritos, relativamente a cada um dos itens do protocolo videofluoroscópico traduzido, como já referido, quanto à clareza, ambiguidade, relevância e adequação concetual dos mesmos (os critérios de análise basearam-se nos aspetos sugeridos pela literatura, para a determinação da validade de conteúdo)⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾. A utilização dos questionários nas várias rondas visou igualmente a obtenção da opinião dos peritos de uma forma funcional e sistemática, facilitando a sua análise qualitativa. Deste modo, foram elementos facilitadores no processo de melhoria do instrumento.

Na primeira ronda, utilizou-se um questionário (Apêndice V) com uma escala dicotómica (em que -1 correspondia a discordância e 1 a concordância), que incluía um classificador neutro (sem opinião). Esta escolha de escala pretendia a não dispersão de opiniões e uma análise simples da concordância entre peritos. De facto, sendo aplicada numa fase inicial do estudo, tinha como principal objetivo a recolha de dados qualitativos, nomeadamente das críticas e sugestões dos peritos.

Na ronda 2 e 3, os questionários utilizados permitiram a recolha das opiniões relativas a cada item, numa perspetiva quantitativa. Para tal, recorreu-se a uma escala de Lickert de 1 a 5, em que 1 correspondia a uma discordância total e o 5 a uma concordância total (Apêndice VI e VII). Possibilitaram igualmente a obtenção de sugestões e opiniões dos peritos, relativamente aos itens que consideraram passíveis de ser comentados ou melhorados.

Para a recolha da opinião do painel de Delphi, quanto à pertinência, aplicabilidade e adequação da versão traduzida do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾, foram ainda aplicados dois questionários (um na ronda 2 - Apêndice VIII; e outro na ronda 3 - Apêndice IX), nos quais os peritos tinham que avaliar a ferramenta globalmente^(47,48) (escala de Lickert de 1 a 5, em que 1 correspondia a uma discordância total e o 5 a uma concordância total).

2.4.FORMA DE TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados quantitativos recolhidos foi realizado através do programa Excel (Microsoft Excel 2010) e pelo *package “irr” da plataforma R* (versão 3.3.2).

O *package “irr” da plataforma R* (versão 3.3.2) foi utilizado na obtenção do *Intraclass Correlation* (ICC). O ICC analisa o grau de concordância dos peritos, neste caso, face à versão traduzida do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾, nas rondas dois e três. Na primeira ronda, não foi calculado o ICC, dado que a variável era dicotómica e a amostra não era suportada pelo sistema. Concomitantemente, na primeira ronda, tratando-se da análise de uma ferramenta não validada, o objetivo principal do questionário era uma análise qualitativa e não quantitativa dos resultados.

Inicialmente foram construídas, no Excel, as bases de dados correspondentes a cada um dos questionários de cada uma das rondas, tendo sido introduzidos manualmente os dados obtidos.

Posteriormente, procedeu-se à análise destes dados. Foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para determinação do grau de validade dos itens do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) tem diferentes representações: pode avaliar cada um dos itens separadamente, designando-se por Índice de Validade de Conteúdo de Itens Individualmente (I-IVC)⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾; pode avaliar a ferramenta como um todo (SIVC)^(47,48), subdividindo-se em IVC por cálculo do acordo absoluto (SIVC/ UA)^(47,48) e IVC pelo cálculo da média de todos itens (SIVC/ Ave)⁽⁴⁸⁾.

As fórmulas de cálculo de cada um dos IVC utilizadas foram:

$$\text{I-IVC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas}^*}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

$$\text{SIVC/ UA} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas de concordância absoluta entre os peritos}^*}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

$$\text{SIVC/ Ave} = \bar{x} \text{ I-IVC}$$

*ronda 1 - classificações de 1; rondas 2 e 3 - classificações de 4 e 5

O IVC pode variar entre 0 e 1 e a validade de conteúdo será tanto maior, quanto mais o seu valor se aproximar de 1. No entanto, os valores de referência do IVC indicados na literatura não são consensuais^(47,48). Optou-se pelos seguintes valores, definidos para painéis de três a cinco peritos: I-ICV = 1,00, SCVI/ UA \geq 0,80 e SICV/ Ave \geq 0,90⁽⁴⁸⁾.

Após o cálculo de todos os IVC de todos os questionários, das três rondas, foi feita a análise de frequências dos itens com um I-IVC igual a 1.

O *Inter Rater Agreement*, calculado através do ICC, determina o grau de concordância entre os peritos, independentemente de atribuírem uma classificação positiva ou negativa aos itens do instrumento⁽⁵⁰⁻⁵²⁾. Na verdade, o ICC prende-se com a homogeneidade das opiniões e é amplamente utilizado na validação de ferramentas de avaliação (p.e. escalas, protocolos). O ICC varia entre 0 e 1 e a concordância será tanto maior, quanto mais o valor se aproximar de 1, sendo o valor de referência ICC \geq 0,9. O ICC aplica-se a variáveis quantitativas ou ordinais, pelo que considerando o presente estudo foi utilizado o ICC *two way agreement*.

A análise qualitativa dos dados recolhidos ao longo das três rondas foi realizada por exploração das sugestões e críticas dos peritos dos diferentes itens patentes nos questionários preenchidos. Esta análise encontra-se sistematizada em relatórios, redigidos no final de cada ronda (Apêndices X, XI e XII), e foi desenvolvida para todos os itens sujeitos a críticas ou sugestões pelo painel, independentemente dos resultados quantitativos dos mesmos. Este critério foi escolhido, considerando que o objetivo do presente estudo passou pela obtenção de um instrumento válido, o que se só podia atingir por reformulações do mesmo, de acordo com as sugestões dos peritos. A análise quantitativa surge como referência e para determinação do grau de validade do instrumento e de concordância sobre o mesmo, entre os elementos que constituíram o painel.

III. RESULTADOS

No final da fase de tradução do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ obteve-se uma versão de consenso, designada por T5 (Apêndice II). Os resultados obtidos nas diferentes etapas do processo de tradução foram sistematizados num relatório de tradução (Apêndice III). Na fase de obtenção de T3 (versão de consenso entre

T1 e T2) foram encontradas e resolvidas 85 divergências. Estas disparidades prendiam-se com termos equivalentes, que não modificavam o significado dos enunciados em questão. Na fase de T4, verificou-se que a retroversão não coincidia com a versão original em quatro enunciados, destacando-se o referente ao índice de APGAR (variável entre autores, não podendo ser sujeito a uma tradução literal), tendo-se optado, na versão final portuguesa (T5), pela nomenclatura de Amaral.⁽⁵³⁾

No processo de adaptação e validação de conteúdos do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ foram realizadas três rondas pelo método de Delphi.

Num primeira ronda, foi realizado o levantamento das opiniões dos peritos face à versão traduzida (T5 – Apêndice II) do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾. Numa perspetiva qualitativa, as suas sugestões recaíram sobre a necessidade de explicitação das instruções de aplicação dos itens e a sua integração num formato mais facilitador à sua compreensão. Criticaram igualmente a formatação da ferramenta, que não seria funcional para a realização dos registos necessários no decorrer do processo de recolha de dados, avaliação e análise das informações obtidas. Dos 44 itens sujeitos ao escrutínio do painel de especialista, 31 itens tiveram sugestões de modificações.

Quantitativamente, verifica-se que SIVC/Ave foi de 0,89 e o SIVC/UA de 0,34.

O I-IVC variou entre 0,63 e 1,00, de acordo com o quadro 2. Embora se tivesse verificado que 15 dos 44 itens tivessem tido um I-IVC de 1,00, foram feitas sugestões de melhoria em dois deles: item 22 deveria ter espaço e indicação para registo das medidas compensatórias e o item 42 devia incluir nas suas instruções a indicação de se ponderar a pertinência clínica de nova videofluoroscopia, considerando a exposição à radiação ionizante.

Fruto das opiniões e sugestões dos especialistas que constituíam o painel, obteve-se uma nova versão do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾. Esta nova versão era constituída pela folha de registo e o manual de instruções. A diferenciação relativamente à versão apresentada aos peritos na primeira ronda deveu-se: à criação de uma manual de instruções, baseado nas indicações de preenchimento do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾, nas *Guidelines for Speech-Language Pathologists performing Videofluoroscopic Swallowing Studie*⁽²⁰⁾, complementadas por instruções fundamentadas noutros autores de referência^(16,31,53-58), quando os dois primeiros documentos eram omissos; à criação de uma folha de registo mais prática (espaço para escrita, *checklists*, quadro de registo), com instruções mais claras e sucintas,

Quadro 2. Registo dos I-IVC de todos os itens da primeira ronda.

Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC
1.	0,63	12.	0,75	23.	0,81	34.	1,00
2.	1,00	13.	1,00	24.	0,94	35.	1,00
3.	1,00	14.	0,64	25.	1,00	36.	0,94
4.	0,69	15.	0,75	26.	0,94	37.	1,00
5.	0,75	16.	0,67	27.	0,69	38.	0,88
6.	0,94	17.	0,88	28.	1,00	39.	1,00
7.	0,69	18.	0,88	29.	0,94	40.	1,00
8.	0,67	19.	0,88	30.	1,00	41.	0,94
9.	0,94	20.	0,88	31.	0,94	42.	1,00
10.	0,81	21.	0,94	32.	0,94	43.	1,00
11.	0,81	22.	1,00	33.	0,92	44.	1,00

facilitadoras do seu preenchimento; ao estabelecimento de critérios uniformizadores da recolha e interpretação dos dados e utilização de escalas para atribuição de qualificadores^(16,31,54,55,58,59); alteração da nomenclatura pouco clara, ambígua, não adequada ou não-consensual; à introdução de itens omissos, segundo a indicação dos peritos. Os resultados quantitativos e qualitativos da ronda 1 foram sistematizados num relatório (Apêndice X).

Os resultados da segunda ronda apontavam para uma SIVC/Ave de 0,90 e um SIVC/UA de 0,41. Os valores do I-IVC variaram entre 0,5 e 1,0, sendo que 19 dos itens tinham um I-IVC de 1,00.

O ICC indicou-nos que a concordância entre peritos era de 0,77 para a adequação concetual, de 0,70 para o critério ambiguidade, de 0,74 para a clareza e de 0,68 para a relevância.

A apreciação global da ferramenta obteve um ICC de 0,79.

Qualitativamente, os resultados obtidos na segunda ronda prenderam-se com as opiniões dos peritos, que fizeram sugestões relativas à formatação (tipo de letra, espaços de escrita, formas de registo mais funcionais, destacamento de folhas, inclusão de mais instruções e mais funcionais na folha de registo), à organização dos conteúdos e à inclusão de novos itens. Os resultados quantitativos e qualitativos da ronda 2 foram sistematizados num relatório (Apêndice XI).

Do levantamento da opinião dos peritos, surgiu uma terceira versão da ferramenta traduzida (Apêndices XIV e XV). Esta versão foi obtida por modificação dos aspetos da ferramenta sujeitos a críticas e sugestões pelo painel de especialista (as alterações ao conteúdo do instrumento foram baseadas em bibliografia de referência^(21, 28,59-62)), nomeadamente: alteração da fonte de *Times New Roman* para *Calibri*; formatação da folha de registo, de forma a permitir a

Quadro 3. Registo dos I-IVC de todos os itens da segunda ronda.

Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC
1.	0,89	13.	0,94	25.	0,94	37.	0,94
2.	0,91	14.	0,75	26.	1,00	38.	0,94
3.	0,93	15.	1,00	27.	0,94	39.	0,86
4.	1,00	16.	1,00	28.	0,94	40.	0,50
5.	1,00	17.	1,00	29.	1,00	41.	0,50
6.	0,86	18.	1,00	30.	1,00	42.	1,00
7.	0,75	19.	0,88	31.	1,00	43.	1,00
8.	1,00	20.	0,78	32.	1,00	44.	0,94
9.	1,00	21.	0,94	33.	0,63	45.	1,00
10.	1,00	22.	0,75	34.	0,83	46.	0,63
11.	1,00	23.	0,94	35.	0,94		
12.	1,00	24.	0,94	36.	0,88		

separação das folhas com os itens de *execução do exame*, para utilização durante a VFD e da *síntese e análise dos dados da avaliação videofluoroscópica e recomendações*, para integração no processo clínico ou para ser em disponibilizadas à equipa; substituição das linhas para registo por caixas de texto; adequação do espaço disponível para escrita; inclusão de novas instruções de preenchimento nas caixas de texto da Folha de Registo; inclusão de novos itens no quadro da avaliação videofluoroscópica (incluindo da fase faríngea e esofágica) da Folha de Registo, com descrição das instruções dos mesmos no Manual de Aplicação; introdução de escolha múltipla na avaliação clínica e no plano de tratamento, com sistematização dos conteúdos avaliados; reorganização dos conteúdos a analisar na VFD (transformado o texto em quadro); introdução de novos itens (produto de contraste, integração de novas consistências e viscosidades nas recomendação); modificação da nomenclatura e dos itens.

Na terceira e última ronda, os peritos não deram opiniões ou sugestões de modificação da nova versão do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ (Apêndices XIV e XV). Assim, os resultados obtidos foram meramente quantitativos (Apêndice XII). O SIVC/Ave foi de 0,98 e o SIVC/UA foi de 0,78. O I-IVC variou entre 0,81 e 1, com um total de 36 itens com I-IVC igual a 1, de acordo com o quadro 4.

O ICC da versão da terceira ronda do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*⁽³⁴⁾ foi de 0,95 para o critério adequação concetual, de 0,93 quanto à ambiguidade, de 0,89 quanto à clareza, de 0,98 quanto à relevância e de 0,96 na avaliação global da ferramenta.

Os resultados quantitativos e qualitativos da ronda 3 foram sistematizados num relatório (Apêndice XII).

Quadro 4. Registo dos I-IVC de todos os itens da terceira ronda.

Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC	Item nº	I-IVC
1.	1,00	13.	1,00	25.	1,00	37.	1,00
2.	1,00	14.	1,00	26.	0,94	38.	1,00
3.	1,00	15.	1,00	27.	1,00	39.	1,00
4.	1,00	16.	1,00	28.	0,94	40.	1,00
5.	1,00	17.	1,00	29.	0,81	41.	1,00
6.	1,00	18.	1,00	30.	0,88	42.	1,00
7.	0,94	19.	1,00	31.	0,94	43.	1,00
8.	1,00	20.	1,00	32.	0,88	44.	1,00
9.	1,00	21.	1,00	33.	1,00	45.	1,00
10.	1,00	22.	1,00	34.	0,94	46.	1,00
11.	1,00	23.	1,00	35.	0,94		
12.	1,00	24.	1,00	36.	0,94		

IV. DISCUSSÃO

O presente trabalho de investigação é omissivo quanto a resultados referentes a uma análise sistemática da equivalência semântica, idiomática, experimental e concetual, ao contrário do que seria expectável no projeto de tradução⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. De facto, esta análise não foi efetuada no presente estudo. Esta opção foi tomada, considerando que o *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods* não se encontra validado na sua versão original. Foram assim adaptadas as etapas propostas pela literatura^(35,38,39) quanto ao processo de tradução e adaptação de instrumentos, não se tendo cumprido todos os passos e requisitos deste processo. Explicitando, o processo de tradução, após obtenção da versão de consenso (depois de tradução e retrotradução), pressupõe a avaliação da equivalência entre o documento obtido na fase de tradução e o documento original, por um painel de peritos. Não obstante, no presente estudo, considerando tratar-se de um instrumento não validado na língua original, os trâmites seguidos após a fase de tradução foram os mesmos que seriam adotados numa situação de construção de um instrumento⁽³⁵⁾.

Os resultados quantitativos obtidos permitem verificar que houve uma melhoria assinalável do IVC e do ICC ao longo do processo de validação. No entanto, verificaram-se alguns agravamentos dos valores analisados, considerando que quanto mais próximo o IVC estiver de 1, maior a validade do item. Explicitando, da primeira para a segunda ronda, verificou-se uma melhoria dos valores do SIVC/ Ave (1ª ronda 0,89; 2ª ronda 0,90) e do SIVC/ UA (1ª ronda 0,34; 2ª ronda 0,41). Do mesmo modo, houve um aumento do número de itens com um I-IVC igual a 1 entre as duas rondas. Ambas as constatações são indicadoras de que houve uma melhoria das

opiniões dos peritos face à nova versão apresentada da ferramenta na segunda ronda. No entanto, ambos os valores do SIVC/ UA eram muito inferiores ao estabelecido como normativo (0,8), pelo que se procedeu a nova modificação da ferramenta e se avançou para a terceira ronda. Concomitantemente, verificou-se globalmente um decréscimo dos valores do I-IVC (ronda 1 - variavam entre 0,63 e 1,0; ronda 2 - variavam entre 0,5 e 1), embora com um aumento global do número de itens com o IVC igual a 1 (1ª ronda - 15 de um total de 44; 2ª ronda 19 num total de 46). Este facto poderá ter uma possível relação causal com a modificação efetuada na escala utilizada na classificação dos itens (de dicotómica na 1ª ronda, para de Lickert, com 5 classificadores na 2ª ronda), que implicou uma maior dispersão de opiniões. A alteração da própria ferramenta pode também estar na base deste decréscimo de valores. Explicitando, pela criação do manual de instruções, introdução de novos itens e modificações dos itens existentes, os pontos a serem sujeitos a escrutínio aumentaram (nos questionários, os itens aumentaram de 44 para 46, mas nestes itens foi incluída uma multiplicidade de informações, que aumentou exponencialmente com as modificações da ferramenta).

Da segunda para a terceira rondas, verificou-se uma progressão muito positiva dos vários índices calculados: o número de itens com um IVC igual a 1 aumentou de 19 para 36 e os valores do ICC de todos os critérios avaliados também aumentaram.

De facto, na segunda ronda, os valores do ICC de todos os critérios (clareza, ambiguidade, relevância e adequação concetual) estavam abaixo dos valores normativos (0,74; 0,70; 0,68; 0,77, respetivamente), tendo-se atingido valores de ICC superiores ou muito próximos de 0,90 (valor de referência)⁽⁴⁸⁾ na terceira ronda (0,89; 0,93; 0,98; 0,95). Também globalmente, no concerne à formatação e adequação da folha de registo e do manual de instruções, o ICC subiu de 0,79 para 0,96 da segunda para a terceira ronda, enquadrando-se nos valores de referência ($\geq 0,90$).

Na terceira ronda, o SIVC/ Ave foi de 0,98, resultado superior ao valor de referência estabelecido ($\geq 0,9$) de acordo com a literatura⁽⁴⁸⁾. O SIVC/ UA encontrado nesta ronda (0,78) foi ligeiramente inferior ao valor estabelecido para uma classificação de excelente ($\geq 0,80$). Pela proximidade do valor normativo do SIVC/ UA conjuntamente com um bom resultado do SIVC/ Ave e um número elevado de I-IVC de 1, pode-se considerar que a folha de registo e o manual de instruções, construído de raiz e baseado nas orientações dadas pela ASHA^(20,34,60), foi bem aceite pelos peritos, no final do presente estudo.

Os resultados finais do ICC (entre 0,89 e 0,98) obtidos na terceira e última ronda do presente estudo permitem afirmar que há concordância das opiniões dos peritos face à ferramenta. Esta informação associado aos diferentes valores do IVC (que se enquadram nos

valores de referência) permite afirmar que essa concordância se refere a classificadores positivos. Assim, constata-se que após a terceira ronda, os peritos concordam entre si numa classificação positiva da ferramenta. Em suma, o cruzamento destes dados indica que os peritos são consensuais nas suas opiniões (32 itens com I-ICV $\geq 1,00$; SCVI/ UA = 0,78, muito próximo do valor de referência $\geq 0,80$; SICV/ Ave $\geq 0,90$)⁽⁴⁸⁾, as quais são positivas em relação à ferramenta (IVC $\geq 0,8$), de uma forma global.

Não é possível o cálculo e conseqüentemente a comparação dos ICC da primeira com as restantes rondas, considerando que estes não foram calculados. Este facto deve-se ao tipo de variável da primeira ronda, que sendo dicotómica (logo nominal) não permite uma análise do ICC. Simultaneamente, tratando-se da análise de uma ferramenta não validada, na primeira ronda, o objetivo principal do questionário era uma análise qualitativa, o qual foi cumprido (Apêndice X). Esta escolha de escala pretendia a não dispersão de opiniões e uma análise simples da concordância entre perito, numa fase inicial do estudo; tratando-se de uma ferramenta não validada, esperava-se uma fraca concordância.

Os resultados qualitativos finais são bastantes positivos, considerando que na última ronda, não houve sugestões de modificação da ferramenta, o que nos indica que existem condições para se avançar para o pré-teste. Segundo a opinião dos peritos, a ferramenta apresentada na terceira ronda (Apêndices XIV e XV) revela-se útil, com um manual de instruções adequado (Apêndice V) e uma folha de registo (Apêndice IV) com instruções, quadros e espaços de escrita funcionais.

Não obstante os resultados positivos, a atual ferramenta ainda não se encontra validada, quanto ao seu conteúdo. Para tal, será necessário a implementação da fase do pré-teste, tendo sido o presente estudo um contributo para o seu processo de validação.

V. CONCLUSÕES

O presente estudo visou a tradução e contributo para a validação do *VFSS Template for Infants and Children Consuming Purees Through Table Foods*. A versão obtida, que inclui um manual de aplicação construído no âmbito do projeto de investigação, mostrou uma boa aceitabilidade do seu conteúdo e formato. No entanto, a ferramenta ainda não se encontra validada, visto não ter progredido para a fase do pré-teste. Assim, desconhecendo-se a existência de protocolos validados para a avaliação videofluoroscópica da deglutição de crianças, a continuidade do presente estudo revela-se muito pertinente. Nesse sentido, sugere-se que futuramente sejam desenvolvidos projetos com a versão final do presente trabalho, que

possibilitem a finalização do processo de validação de conteúdo e a validação de construto e a fidedignidade da ferramenta.

VI. AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Assunção Matos, agradeço profundamente todo o apoio e orientação, disponibilidade e confiança, ao longo deste trabalho.

À Dra. Maria José Noruegas, à Dra. Ana Isabel Alter Rega, à Dra. Joana Caçoeiro e ao Dr. Ricardo Santos, que tanto contribuíram para este estudo, agradeço todo o empenho e colaboração.

À Dra. Marta Seara e à Dra. Joana Monteiro, agradeço o suporte incondicional.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cattoni DM. Alterações da Mastigação e Deglutição. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi, Suelly CO, editors. Tratado de Fonoaudiologia. 1ª edição. São Paulo: ROCA; 2004. p. 277–91.
2. Furkim AM, Mattana A. Fisiologia da Deglutição Orofaríngea. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi, Suelly CO, editors. Tratado de Fonoaudiologia. 1ª edição. São Paulo: ROCA; 2004. p. 212–8.
3. Winstock A. Eating & Drinking Difficulties in Children A Guide for Practitioners. Oxon: Speechmark Publishing; 2005.
4. Cattoni DM. Diagnóstico de las Alteraciones en la Deglución. In: Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A, editors. Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines. Madrid: Editorial EOS; 2014. p. 193–204.
5. Cichero J, Langmore S. Dysphagia - Foundation, Theory and Practice. In: Cichero J, Murdoch B, editors. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006. p. 191–234.
6. Murray T, Carrau R. Clinical Management of Swallowing Disorders. San Diego, California: Plural Publishing; 2006.
7. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. Dev Disabil Res Rev [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Oct 20];14(2):118–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646015>
8. Frazão YS. Disfagia na Paralisia Cerebral. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi, Suelly CO, editors. Tratado de Fonoaudiologia. 1ª edição. São Paulo: ROCA; 2004. p. 370–85.
9. Furkim AM, Durte S, Sória F, Sampaio R, Nunes M, Wolff G, et al. Evaluación

clínica de las disfagias orofaríngeas. In: Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A, editors. Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines. Madrid: Editorial EOS; 2014. p. 233–46.

10. Bleeckx D. Disfagia - Evaluación y reeducación de los transtornos de la deglución. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana; 2004.

11. Miller CK, Willging JP. Advances in the evaluation and management of pediatric dysphagia. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2003 Dec;11(6):442–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14631176>

12. Jacobi J, Levy D, Silva L. Disfagia - Avaliação e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, Lda.; 2003.

13. Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding: assessment and management [Internet]. Singular Thomson Learning; 2002 [cited 2017 Apr 16]. 644 p. Available from: https://books.google.pt/books/about/Pediatric_Swallowing_and_Feeding.html?id=er-lpJJ0XLgC&redir_esc=y

14. Ernspenger L, Stegen-Hanson T. Just Take a Bite. Arlington, Texas: Future Horizons; 2004.

15. Morris SE, Klein MD. Pre-Feeding Skills: a comprehensive resource for feeding development. Therapy Skill Builders; 1987.

16. Arvedson JC, Lefton-Greif MA. Pediatric Videofluoroscopic Swallow Studies - A Professional Manual with Caregive Guideline. San Antonio, Texas: Communication Skill Builders; 1998.

17. Reichelt MAF, Grossi SP. Distúrbio de deglutição no recém-nascido. In: Jacobi J da S, Levy DS, Silva LMC, editors. Disfagia - Avaliação e tratamento. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, Lda; 2003. p. 29–36.

18. Lowery SD. Assessment and measurement tools used in the evaluation of swallowing. *Curr Opin Otolaryngology Head Neck Surg*. Great Britain; 2001 Jun;9(3):134–8.

19. Xavier C. Intervenção Fonoaudiológica em Bebés de Risco. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi, Suelly CO, editors. Tratado de Fonoaudiologia. 1ª edição. São Paulo: ROCA; 2004. p. 415–38.

20. ASHA - Special Interest Division 13. Guidelines for Speech-Language Pathologists performing Videofluoroscopic Swallowing Studies [Internet]. 2003. Available from: <http://www.asha.org/docs/html/GL2004-00050.html#sec1.10>

21. Hernandez AM. O neonato de alto risco: Proposta de intervenção global. In: Hernandez AM, editor. O neonato. 1ª edição. São Paulo: PULSO; 2003. p. 15–23.

22. Levy DS, Rainho L. Abordagem em Disfagia Infantil - Proposta Fonoaudiológica e Fisioterápica. In: Jacobi JS, Levy DSL, Dilva LMC, editors. Disfagia - Avaliação e tratamento. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, Lda.; 2003. p. 37–65.
23. Botelho MIMR, Silva AA. Avaliação funcional da disfagia de lactentes em UTI neonatal. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):278–85.
24. RCSLT. Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines. Second imp. United Kingdom: Speechmark Publishing; 2005. 63-64 p.
25. Levy DS, Cristovão PW, Gabbi S. Protocolo do Estudo Dinâmico da Deglutição por Videofluoroscopia. In: Jacobi J da S, Levy DS, Silva LMC, editors. Disfagia - Avaliação e tratamento. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, Lda; 2003. p. 134–52.
26. Madureira DL. Aspectos práticos da videofluoroscopia da deglutição em bebês e crianças. In: Hernandez AM, editor. O neonato. 1ª edição. São Paulo: PULSO; 2003. p. 93–6.
27. Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3–A):611–6.
28. Arvedson JC. Interpretation of Videofluoroscopic Swallow Studies of Infants and Children. Gaylord: Northern Speech Services; 2006.
29. DeMatteo C, Matovich D, Hjartarson A. Comparison of clinical and videofluoroscopic evaluation of children with feeding and swallowing difficulties. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2005 Mar;47(3):149–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15739718>
30. Hiorns MP, Ryan MM. Current practice in paediatric videofluoroscopy. Pediatr Radiol [Internet]. 2006 Sep;36(9):911–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16552584>
31. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev da Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(3):199–205.
32. Taylor M, Boyes S, Renaut L. Speech & Language Therapy Guidelines for Practitioner Led Videofluoroscopy Service - NHS Salford Royal [Internet]. 2011. p. 1–19. Available from: <http://www.srft.nhs.uk/>
33. ASHA. Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders [Internet]. 2002. Available from: <http://www.asha.org/policy/PI2010-00317/>
34. ASHA. Videofluoroscopic Swallowing Exam [Internet]. [cited 2014 Feb 2]. Available from: <http://www.asha.org/uploadedFiles/VFSS-Exam-Template-Infants-Consuming-Purees.pdf>
35. Fortin M-F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta;

2009.

36. Maxwell B. Translation and Cultural Adaptation of the Survey Instruments. Third International Mathematics and Science Study (TIMSS), Volume I: Design and Development. Chestnut Hill; 1996.

37. Damasceno LHF, Rocha PAG, Barbosa ES, Barros CAM, Canto FT, Defino HLA, et al. Cross-cultural adaptation and assessment of the reliability and validity of the Core Outcome Measures Index (COMI) for the Brazilian-Portuguese language. *Eur Spine*. 2012;21(1):1273–82.

38. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268–74.

39. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–2191.

40. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures [Internet]. Institute for Work & Health; 2007. Available from:

http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf

41. Holey E, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Mar 14];7:52. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2216026&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

42. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* [Internet]. 2000 Oct;32(4):1008–15. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095242>

43. Lopes MDSDOC, Dixe MDACR. Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012;20(4):787–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990165>

44. Schulz V, Kozell K, Biondo PD, Stiles C, Martins L, Tonkin K, et al. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. *Palliat Med* [Internet]. 2009 Apr;23(3):266–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318462>

45. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3):269–74.

46. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *J Med Educ*. 2003;3(1):25–7.

47. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061–8.
48. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489–97.
49. Polit DF, Beck TC, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459–67.
50. Trevethan R. Intraclass correlation coefficients: clearing the air, extending some cautions and making some requests. *Heal Serv Outcomes Res Method*. 2016;
51. Landers R. Computing Intraclass Correlations (ICC) as Estimate of Interrater Reliability in SPSS. The Winnower. 2015.
52. Australian Development Agency for Statistics and Information Systems. What is the Intra-Class Correlation Coefficient? [Internet]. [cited 2017 Apr 21]. Available from: <http://www.adasis-events.com/statistics-blog/2013/4/25/what-is-the-intra-class-correlation-coefficient.html>
53. Amaral JMV. Volume 3. Tratado de Clínica Pediátrica. Amadora: Abatt Laboratórios, Lda; 2008.
54. Casas MJ, McPherson KA, Kenny DJ. Durational aspects of oral swallow in neurologically normal children and children with cerebral palsy: an ultrasound investigation. *Dysphagia*. 1995;10(3):155–9.
55. Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED). São Paulo - Brasil: Pró-fono; 2014. 1-8 p.
56. Weckmueller J, Easterling C, Arvedson J. Preliminary temporal measurement analysis of normal oropharyngeal swallowing in infants and young children. *Dysphagia* [Internet]. 2011 Jun [cited 2013 Oct 20];26(2):135–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20532920>
57. ASHA. Clinical indicators for instrumental assessment of dysphagia [Internet]. 2000 [cited 2013 Mar 10]. Available from: <http://www.asha.org/policy/GL2000-00047/>
58. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças. Lisboa; 2010.
59. Rockland A, Santos R. Videofluoroscopia da Deglutição no Diagnóstico Funcional da Disfagia. Lisboa: EPAP; 2016.
60. ASHA. Pediatric Dysphagia [Internet]. [cited 2016 Sep 17]. Available from: www.asha.org/PRPPrintTemplate.asp?folderid=8589934965
61. Bellman, Lingam, Aukett. Schedule of Growing Skills II (SGS II) Escala de Avaliação

das Competências no Desenvolvimento Infantil - versão portuguesa. 2^a. Lisboa: CEGOC; 1996.

62. Miller LJ, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET. Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *Am J Occup Ther.* 2007;61(2):135–40.