

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS - CAMPUS DE MARÍLIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

GIULIA BEATRIZ POZENA SCARANELO

Tradução, retrotradução e adaptação transcultural da *The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS)* para a Língua Portuguesa do Brasil - Parte I.

Marília

2023

GIULIA BEATRIZ POZENA SCARANELO

Tradução, retrotradução e adaptação transcultural da *The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS)* para a Língua Portuguesa do Brasil - Parte I

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Roberta Gonçalves da Silva

Co-orientadora: Dra. Suely M. Motonaga Onofri

Marília

2023

Giulia Beatriz Pozena Scaranelo

Tradução, retrotradução e adaptação transcultural da *The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS)* para a Língua Portuguesa do Brasil - Parte I

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

Linha de pesquisa: Prevenção, Avaliação e Terapia em Fonoaudiologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Prof^a Dr^a Roberta Gonçalves da Silva. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica. Docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP – Marília, SP.

2º Examinador: _____

Prof^a Dr^a Luciana Pinato. Doutora em Ciências Morfofuncionais. Docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP -Marília, SP.

3º Examinador: _____

Prof^a Dr^a Giédre Berretin-Felix. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica. Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP).

Marília, 14 de Dezembro de 2022

S285t Scaranelo, Giulia Beatriz Pozena
Tradução, retrotradução e adaptação transcultural da The
Boston Residue and Clearance Scale (BRACS) para a Língua
Portuguesa do Brasil - Parte I / Giulia Beatriz Pozena
Scaranelo. -- Marília, 2023
58 f. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientadora: Roberta Gonçalves da Silva
Coorientadora: Suely Mayumi Motonaga Onofri

1. Traduções. 2. Deglutição. 3. Avaliação. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, **Alessandra**, que nunca mediu esforços para que eu realizasse meus sonhos e sempre acreditou em minha vocação para a docência. Mãe, esse trabalho é para você. Vencemos juntas, mais uma vez!*

*Ao meu pai, **Valnei**, que vibrou por cada etapa concluída durante estes anos de mestrado. Sua alegria, positividade e escuta fizeram toda a diferença.*

*À **minha família**, em especial minha avó **Janir**, que nunca me desamparou apesar dos quilômetros de distância. Cada um de vocês foi essencial para finalizar mais esta etapa.*

*À **família Pfeifer**, sem o suporte e acolhimento de vocês a conclusão deste trabalho não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

*À **Dra. Roberta Gonçalves da Silva**, você é luz!. Obrigada por me guiar, compartilhar seus conhecimentos, estar ao meu lado e despertar o amor por nossa área desde a graduação. É um imenso prazer estar ao lado de uma grande profissional e ser humano como você.*

*À **Dra. Suely Mayumi Motonaga Onofri**, por sua co-orientação e disponibilidade em ajudar no que fosse preciso. Obrigada por seus ensinamentos e pela oportunidade de te acompanhar. Minha admiração.*

*Ao **Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da UNESP-Marília**, pelo suporte em cada etapa deste trabalho.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001*

*Aos membros do grupo de pesquisa do **Laboratório de Disfagia do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP-Marília**, por serem minha segunda família desde os anos de Iniciação Científica.*

*Aos funcionários do **Centro Especializado em Reabilitação (CER-II/UNESP-Marília)**, pelo suporte, disponibilidade e carinho.*

*Aos muitos profissionais, em especial à **Dra. Paula Cristina Cola**, **Dr. Francisco de Agostinho Júnior** e **Dr. João Paulo Pilon**, pela oportunidade de tê-los acompanhado e me tornado não somente uma profissional melhor, mas um ser humano melhor com a sensibilidade que cada um de vocês me fizeram sentir.*

*À minha amiga **Camila Pasiani**, que apesar da distância se faz presente todos os dias e me amparou em cada momento difícil destes anos.*

*Ao **Derik Pfeifer**, que me carregou em seus braços nos momentos que precisei. Obrigada por tornar tudo tão leve e despertar minha melhor versão.*

Epígrafe

"Se existe um único segredo do sucesso, ele está na capacidade de ver as coisas do ponto de vista de outra pessoa"

Henry Ford

RESUMO

Introdução: O uso de escalas com níveis de comprometimento sobre os distintos aspectos da deglutição pode contribuir para potencializar a assertiva tomada de decisão clínica em disfagia orofaríngea. **Objetivo:** Traduzir para a Língua Portuguesa do Brasil a *The Boston Residue and Clearance Scale* (BRACS). **Método:** Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição sob o número 67715717.6.0000.5406. As seguintes etapas foram realizadas de acordo com a metodologia proposta por Beaton et al. (2000): Tradução para o idioma alvo, Síntese das traduções e Retrotradução para o idioma original. **Resultados:** Levando em consideração os aspectos linguísticos e de clareza, os resultados obtidos na etapa de tradução apresentaram discrepâncias no contexto lexical e sintático que foram ajustadas em formato de consenso entre tradutores e autores. Na retrotradução as versões se equiparam. **Conclusão:** O processo de tradução e adaptação transcultural da *The Boston Residue and Clearance Scale* foi concluído e encontra-se pronto para a validação.

Descritores: Traduções; Comparação Transcultural; Transtornos de Deglutição; Deglutição e Avaliação.

ABSTRACT

Introduction: The use of scales with levels of commitment on different aspects of swallowing can help to enhance assertive clinical decision-making in oropharyngeal dysphagia. **Objective:** To translate The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS) into Brazilian Portuguese Language. **Method:** Project approved by the Institution's Ethics Committee under number 67715717.6.0000.5406. The following steps were performed according to the methodology proposed by Beaton et al. (2000): Translation into the target language, Synthesis of translations and Back-translation into the original language. **Results:** Taking into account the linguistic and clarity aspects, the results obtained in the translation stage showed discrepancies in the lexical and syntactic context that were adjusted in a consensus format between translators and authors. In back-translation, the versions match each other. **Conclusion:** The process of translating and cross-culturally adapting The Boston Residue and Clearance Scale has been completed and is ready for validation.

Key words: Translations; Cross-Cultural Comparison; Deglutition Disorders; Deglutition; Evaluation and Screening

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas realizadas no processo de tradução e retrotradução da *The Boston Residue and Clearance Scale* (BRACS)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1: Traduções da etapa 1 entre T1 e T2, divergências e ajustes na versão consenso do parágrafo de instruções da escala BRACS.

Quadro 1.2: Tradução entre T1 e T2, divergências e ajustes na versão consenso da escala BRACS.

Quadro 2.1: Retrotradução entre R1 e R2, divergências e ajustes na versão consenso do parágrafo de instruções da escala BRACS.

Quadro 2.2: Retrotradução entre R1 e R2, divergências e ajustes na versão consenso da escala BRACS.

APÊNDICE 1

Quadro 1: Características do processo de tradução e retrotradução de instrumentos para disfagia orofaríngea.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
BCR	<i>Bolus Clearance Ratio</i>
BRACS	<i>The Boston Residue and Clearance Scale</i>
CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço
DHI	<i>The Dysphagia Handicap Index</i>
DO	Disfagia Orofaríngea
DP	Doença de Parkinson
DYMUS	<i>Dysphagia in Multiple Sclerosis</i>
EAT-10	<i>Eating Assessment Tool-10</i>
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EOP	Escape Oral Posterior
FOIS	<i>Functional Oral Intake Scale</i>
FS-IS	<i>Feeding/Swallowing Impact Survey</i>
HCNI	<i>Head Neck Cancer Inventory</i>
ILS	<i>Impaired laryngeal sensation</i>
ISPOR	<i>International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research</i>
MDADI	<i>The M.D Anderson Dysphagia Inventory</i>
MDP-PD	<i>The Munich Dysphagia Test and Parkinson Disease</i>
MFRRS	<i>Mansoura Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Residue Ratio Scale</i>
MG	<i>Myasthenia Gravis</i>
MMS	<i>Murray's Secretion Scale</i>
MMSA	<i>Modified Mann Assessment of Swallowing Ability</i>
MSA	<i>Modified Swallowing Assessment</i>
NDPCS	<i>Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet</i>
NRRS	<i>Normalized Residue Ratio Scale</i>
PAS	<i>Penetration Aspiration Scale</i>
PC	Paralisia Cerebral
PSS	<i>Performance Status Scale</i>
RF	Resíduos Faríngeos
SOAL	<i>The Swallow Outcomes After Laryngectomy</i>

SQD	<i>Swallowing Disturbance Questionnaire</i>
SWAL-CARE	<i>Quality of Care in Swallowing Disorders</i>
SWAL-QOL	<i>Quality of Life in Swallowing Disorders</i>
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM-DP	Teste de Disfagia de Munique – Doença de Parkinson
VAS	<i>Visual Analog Scale</i>
VED	Videoendoscopia da deglutição
VFD	Videofluoroscopia da deglutição
YPRSRS	<i>The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale</i>

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
INTRODUÇÃO	16
OBJETIVO	20
REVISÃO DE LITERATURA	21
MÉTODO	36
RESULTADOS	39
DISCUSSÃO	47
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE 1	56

INTRODUÇÃO

O processo de avaliação na área da saúde, clínica ou por meios de distintos exames, necessita de procedimentos, protocolos e escalas confiáveis e com acurácia diagnóstica. Em relação aos diagnósticos de transtornos de deglutição, os instrumentos de avaliação com escalas que mensuram o grau de comprometimento são importantes tanto para a compreensão dos níveis de prejuízo na biomecânica da deglutição, quanto para analisar a natureza e o prognóstico do problema em qualquer momento do atendimento do paciente. Tais instrumentos, sejam eles de avaliação clínica ou exames instrumentais, são complementares e excelentes meios de *feedback* aos familiares e pacientes, além de serem parte do conjunto de marcadores que auxiliam o profissional na tomada de decisão clínica (SORDI et al., 2009; SANTOS, 2015; LANGMORE, 2017; ANSARI et al., 2020).

A disfagia orofaríngea (DO) é considerada um transtorno de deglutição, que compromete o deslocamento do alimento da boca até o estômago, caracterizada como sintoma decorrente de distintas doenças de base. Estudos epidemiológicos com populações com lesões neurológicas apontaram a presença de DO em 44% dos indivíduos com Esclerose Múltipla; cerca de 45% da população com Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) (KREBBERS et al., 2022); de 8% até 81% dos pacientes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC), dependendo do momento e do método de avaliação aplicado (MANN et al., 2000; MENG et al., 2000; ARNOLD et al., 2016; MENG et al., 2020; BANDA et al., 2022) de 11% à 87% na doença de Parkinson (DP), a depender do estágio da doença (FREITAS et al., 2018); cerca de 80% da população com doenças do neurônio motor (ROMERO-GANGONELLS et al., 2021) e até 84% da população acometida por outras doenças

neurodegenerativas (CLAVÉ et al., 2006; CLAVÉ & SHAKER, 2015; BAIJENS et al., 2016).

A sintomatologia do quadro disfágico é variável. Em geral, engasgos e/ou tosse frequentes, sensação de alimento parado na garganta, perda de peso, alteração da voz após alimentação, pneumonias de repetição e demora para se alimentar são sintomas recorrentes, com complicações respiratórias e nutricionais como desnutrição e desidratação (CLAVÉ et al., 2006; SERRA-PRAT et al., 2012; ROMMEL & HAMDY, 2016; AYRES et al., 2017; CHRISTMAS & ROGUS-PULIA, 2019). Assim, além da epidemiologia deste sintoma ser considerada alta, os sinais podem ser de grave impacto à saúde e o diagnóstico precoce e especializado por meio de instrumentos e escalas com evidências de validade são essenciais para a assertividade do processo.

Portanto, a realização do diagnóstico de forma precoce é necessária para a identificação desses achados clínicos e/ou instrumentais visando potencializar uma assertiva tomada de decisão e, assim, evitando complicações nutricionais e pulmonares no cuidado do paciente disfágico. No contexto dos exames instrumentais, a avaliação é realizada por meio de métodos como a Videoendoscopia da Deglutição (VED) e Videofluoroscopia da Deglutição (VFD), considerados concordantes na visualização dos achados faríngeos como escape oral posterior (EOP), RF, penetração laríngea e/ou aspiração laringotraqueal (PAL). (LANGMORE et al., 1988; SPINELLI et al., 2002; CLAVÉ et al., 2004; CASTRO et al., 2012; GIRALDO- CADAVID et al., 2017; BLANAR et al., 2019).

Por outro lado, na avaliação da DO um dos achados mais desafiador para a tomada de decisão clínica, e atualmente um dos mais estudados na literatura após a penetração laríngea e aspiração laringotraqueal, são os resíduos faríngeos (RF). Os RF são sinais frequentemente encontrados na DO e podem ocorrer devido à presença de alteração na propulsão oral do alimento, fraqueza muscular ou perda

sensorial de estruturas que impulsionam o alimento da cavidade oral à cavidade faríngea, aumentando o risco de aspiração laringotraqueal (AL), podendo ser marcador de risco para aspiração e pneumonia aspirativa em algumas etiologias (EISENHUBER et al., 2002; MARTIN-HARRIS & JONES, 2008; KANEOKA et al., 2013; MACHIDA et al., 2017; GARCIA-PERIS et al., 2017; KIM et al., 2020).

No entanto, o diagnóstico de RF é considerado subjetivo por meio de instrumentos clínicos e sua confirmação, identificação e análise de grau de comprometimento, necessita de VFD ou VED. Considerando ainda a possibilidade de visualização de toda a cavidade faríngea permitida pela VED, proposta em 1988, o método propõe inicialmente a avaliação da fase faríngea da deglutição, com a visualização de detalhes anatômicos e da patofisiologia da fase faríngea da deglutição, considerado o exame *Gold Standard* para análise desse achado faríngeo com a proposição de distintas escalas de mensuração (LANGMORE et al., 1988; FATTORI et al., 2016; LANGMORE, 2017; LANGMORE et al., 2022).

Assim, alguns autores ao longo das décadas têm proposto métodos e desenvolvido escalas para mensurar, por meio da VED, o nível de comprometimento desses RF, considerados como marcador que potencializa o risco de aspiração (EISENHUBER et al., 2002; SANTOS et al., 2014; SHAPIRA- GALITZ et al., 2019; NORDIO et al., 2020; LBEIT et al., 2021).

A primeira escala proposta para avaliar secreção (saliva e/ou RF) no exame de VED foi descrita na literatura na década de 90 (MURRAY et al., 1996), subdividida em quatro níveis e com resultados que mostraram a importância de classificar essa secreção na população hospitalizada, já que menor frequência de deglutições espontâneas apresentou associação com a presença e quantidade de RF e a aspiração de alimentos e líquidos.

Historicamente a *The Boston Residue and Clearance Scale* (BRACS),

definida como um sistema de classificação de resíduos faríngeos, que aborda aspectos de quantidade, localização, presença de deglutições espontâneas e a eficácia do paciente em limpar os resíduos durante o exame de VED foi proposta em 2013 e o estudo inicial incluiu uma amostra pequena e específica de indivíduos com Câncer de Cabeça e Pescoço. No entanto, embora os dados preliminares do estudo tenham concluído que a escala BRACS é válida para a análise dos RF na população com CCP, os autores descrevem as limitações e a necessidade de mais pacientes e restrição à etiologia de CCP, que outros estudos realizem a comparação do uso da escala com outras populações (KANEOKA et al., 2013).

Nesta mesma linha do tempo, em 2015 foi porposta a *The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPRSRS)* para mensurar o nível de comprometimento dos RF após a deglutição com uma classificação ordinal de cinco pontos, baseada em duas localizações de resíduos (valéculas e seios piriformes) e quantidade, e dividida em quatro níveis (nenhum/algum vestígio, leve, moderado e grave) mostrando altos níveis de confiabilidade intra e inter-examinadores (NEUBAUER et al., 2015).

Assim, e apesar da existência de algumas escalas para RF, como a *Murray's Secretion Scale (MMS)*, *Vallecular Residue Ratio Scale (VRRS)*, *Normalized Residue Ratio Scale (NRRS)*, BRACS, YPRSRS e *Bolus Residue Scale (BRS)*, essas foram publicadas na Língua Inglesa Americana e, na grande maioria destinadas a classificação de RF para a VFD (MURRAY et al., 1996; DYER et al., 2008; PEARSON et al., 2012; KANEOKA et al., 2013; NEUBAUER et al., 2015; ROMMEL et al., 2015).

Visando ainda potencializar a análise de RF por meio de VED, já definido como o melhor exame instrumental para a avaliação desse achado, a BRACS e a YPRSRS são na atualidade as escalas disponíveis e ambas ainda precisam ser comparadas no contexto da confiabilidade e contribuições.

Portanto, compreender as semelhanças e diferenças entre as escalas de classificação de RF disponíveis e, em estudo futuro, comparar sua confiabilidade e aplicabilidade poderão contribuir com a prática na área de disfagia orofaríngea. Assim, a tradução e adaptação de escalas para classificação de RF para a Língua Portuguesa do Brasil demonstra-se necessária para potencializar o diagnóstico e a tomada de decisão clínica apoiada em marcadores reconhecidos internacionalmente.

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo realizar o processo de tradução e adaptação transcultural *The Boston Residue and Clearance Scale* (BRACS) para a Língua Portuguesa do Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA

Resíduos faríngeos em disfagia orofaríngea

Perlman et al. (1994) investigaram a relação entre aspiração e sete variáveis indicativas de disfagia, sendo elas resíduos em valéculas, seios piriformes e áreas difusas, elevação de hioide reduzida, elevação laríngea reduzida, início tardio da fase faríngea e função epiglótica desviante (desvio da posição normal ou do movimento durante a deglutição). Foram avaliados 330 (100%) pacientes com disfagia e diferentes etiologias, onde 70% apresentaram resíduos em valéculas com desvio da função da epiglote, 63% alterações de fase oral e 22% redução da elevação do hioide. Estes resultados demonstraram variações de acordo com a categoria diagnóstica e a análise demonstrou relação substancial entre o aumento do resíduo e o aumento da proporção de aspiração nos pacientes.

Murray et al. (1996) investigaram os RF e a frequência da deglutição na predição de aspiração por meio do exame de VED. Participaram 69 indivíduos, divididos em três grupos sendo o primeiro de idosos hospitalizados com diagnóstico neurológico ou doença pulmonar obstrutiva ou diabetes *mellitus*, o segundo de idosos não hospitalizados e o último de jovens sem patologias associadas. Para determinar a gravidade dos RF foi utilizada uma escala de classificação de quatro níveis (0. Classificação normal; 1. Secreções evidentes à entrada ou após deglutição seca; 2. Secreções que se classificam do nível um para o três e 3. Classificação mais severa). Os resultados confirmaram a associação entre a presença de RF e a probabilidade de aspiração de alimentos e líquidos. Os pacientes que apresentaram alteração na limpeza faríngea também demonstraram o mesmo problema ao engolir alimentos e líquidos.

Eisenhuber et al. (2002) estudaram se a presença de RF pode predizer AL em

387 pacientes com sintomas indicativos de DO, por meio do exame de VFD. Os resultados demonstraram que a quantidade de RF e o risco de AL aumentam significativamente com o aumento do tamanho do bolo alimentar. Os autores concluíram que a presença e a quantidade de RF são fatores de risco importantes para a AL.

Donzelli et al. (2003) avaliaram os valores preditivos de RF por meio de uma escala de três pontos, (Escala de Secreção de Murray), dividida nos níveis normal, leve e moderado em 100 pacientes com DO e diagnósticos neurológicos diversos e quatro controles. Os resultados demonstraram que pacientes com níveis elevados de RF tendem a realizar PAL mais frequentemente do que os pacientes com níveis menores de resíduos. Além disso, pacientes que receberam alimentação por sonda tendem a apresentar níveis de RF elevados quando comparados com os pacientes que receberam alimentação por via oral e, pacientes que realizaram PAL de seus RF, também apresentaram maior ocorrência de PAL de alimentos e líquidos durante o exame de VED.

Queiroz et al. (2009) descreveram os achados principais no exame de VED em 46 indivíduos com diagnóstico de DO neurogênica decorrente de AVE, TCE, DP, Paralisia Cerebral (PC), *Miastenia Gravis* (MG) e outras desordens neurológicas. Os principais achados observados foram resíduos em valéculas após deglutição de alimento na consistência pastoso grosso, atraso na deglutição nas consistências pastoso grosso e sólido, resíduos em recessos piriformes na consistência pastoso fino, EOP em líquido e PAL em líquidos antes da deglutição. Os autores concluíram que a VED se demonstrou um exame eficaz na caracterização das manifestações de DO nesta população.

Molfenter & Steele (2013) realizaram estudo retrospectivo para analisar a

relação entre RF e PAL após uma única deglutição de bolo alimentar na consistência líquido fino, em 156 exames de VFD de pacientes com DO neurogênica. Os RF foram analisados por meio da escala *Normalized Residue Ratio Scale (NRRS)* nas regiões de valéculas e seios piriformes. De acordo com a escala, os resíduos valeculares foram associados significativamente ao prejuízo da segurança da deglutição, ou seja, à episódios de PAL.

Santos et al. (2014) pesquisaram a associação entre a ocorrência de EOP e RF com PAL, por meio de VFD em 63 indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi). Os indivíduos foram divididos em dois grupos (com e sem presença de PAL) considerando os critérios de presença ou ausência de EOP, RF, PAL. A análise da VFD foi realizada por duas fonoaudiólogas experientes e os resultados demonstraram que não houve associação entre a presença de EOP e ocorrência de PAL, contudo, confirma a associação entre RF e a ocorrência de PAL nesta população estudada.

Rommel et al. (2015) validaram um instrumento para análise e classificação de RF na VFD. Foram analisadas 50 imagens de pacientes disfágicos de diferentes etiologias e controles saudáveis, por especialistas e não especialistas que atribuíram pontuações de acordo com o número de estruturas acometidas pelos RF. A escala proposta denominada *Bolus Residue Scale* demonstrou ser de simples classificação e fácil aplicação para detectar e localizar RF nas regiões de valéculas, seios piriformes e/ou parede posterior da faringe, independente do nível de especialização do observador.

Stokely et al. (2015) investigaram a relação entre a constrição da parede faríngea e o RF após deglutição em valéculas e seios piriformes em exames de VFD de, primeiramente, 20 adultos saudáveis e depois, 40 pacientes com suspeita de DO

neurogênica. Os autores sustentaram a hipótese de que maior constrição faríngea apresenta menor quantidade de RF e os resultados demonstraram relação entre o grau de constrição faríngea e os resíduos após a deglutição, porém, a constrição não é fator isolado para a ocorrência de RF.

Neubauer et al. (2016) realizaram revisão sistemática da literatura para determinar a qualidade de diferentes escalas de classificação de gravidade dos RF no exame de VED. Após o refinamento de um total de 4388 citações e exclusão de duplicatas, elegeram sete estudos específicos do tema que preencheram os critérios de inclusão, onde seis destes apresentaram dados insuficientes como a falta de definições claras, tamanho de amostra, número de avaliadores inadequados, nenhum relato de experiência, falta de análises estatísticas e validade. Apenas a escala *YPRSRS* atendeu a todos os critérios qualitativos e psicométricos necessários para uma escala de classificação de gravidade de RF em valéculas e seios piriformes com base na VED. Os autores concluíram a necessidade de novas escalas de classificação de gravidade dos RF, devidamente validadas, confiáveis e que sejam anatomicamente específicas e de fácil entendimento.

Meyer et al. (2017) investigaram o impacto da AL e do RF para a função de deglutição e na qualidade de vida de 168 pacientes de câncer de cabeça e pescoço e DO moderada/grave, por meio das escalas *Penetration Aspiration Scale* (PAS), *Performance Status Scale* (PSS) e *Head Neck Cancer Inventory* (HCNI). Os resultados demonstraram que há maior estimativa de aspiração e RF na presença de pontuações menores na PSS, e que houve correlação entre o aumento do RF e a piora do estado funcional da deglutição e qualidade de vida, independentemente do escore PAS. Concluíram que o nível da PAS compromete exclusivamente o estado funcional da deglutição, enquanto os RF afetam tanto a qualidade de vida, quanto o

estado funcional da deglutição do paciente.

Souza et al. (2019) compararam os RF por consistência de alimento em 30 indivíduos de diferentes etiologias com DO neurogênica por meio de VED. Os pacientes foram divididos em três grupos, de acordo com a etiologia, sendo elas AVC, ELA e DP e, para a análise da gravidade dos RF em valéculas e seios piriformes utilizou-se a escala YPRSRS. Os autores concluíram que os níveis de RF na consistência pastosa ou líquido espessado foram mais frequentes nos níveis menos graves da YPRSRS nas populações estudadas.

Gozzer et al. (2019) compararam achados da deglutição em diferentes consistências de alimento de 20 laudos de VED de indivíduos com diagnóstico de ELA. Os parâmetros analisados foram de EOP, RF, PAL nas consistências pastoso, líquido engrossado e líquido. Quanto à alteração na sensibilidade laríngea e presença de EOP e PAL, não houve diferenças estatísticas significantes, porém, a presença de RF na consistência líquida espessada e pastosa foi estatisticamente significativa quando comparada ao líquido ralo no indivíduo acometido por ELA.

Yoon et al. (2019) analisaram a correlação entre as escalas PAS e YPRSRS e os exames de VED e VFD em 178 pacientes com DO e diversas etiologias. Os resultados não apontaram diferenças estatísticas significativas entre os diferentes exames e achados na escala, demonstrando concordância dos achados de resíduos e AL em ambos exames.

Shapira-Galitz et al. (2019) estudaram se a sensação laríngea prejudicada (*Impaired laryngeal sensation* - ILS) e estase de secreção se associam à gravidade dos RF e a limpeza faríngea, por meio de 110 exames de VED de pacientes com DO neurogênica decorrente de AVE, doenças neurodegenerativas, operação prévia de cabeça e pescoço por causas malignas e benignas e outras etiologias desconhecidas.

Os autores utilizaram *Murray's Secretion Scale* (MMS) para estase de secreção, a escala YPRSRS para avaliar os RF e a escala PAS para PAL. Os resultados demonstraram que a estase de secreção está associada à gravidade dos RF e, tanto ILS quanto a MSS foram significativamente associados ao número de deglutições necessárias para limpeza faríngea.

Nordio et al. (2020) realizaram estudo sobre a correlação entre a presença de RF e PAL em 55 pacientes com DO neurogênica, por meio do exame de VED e das escalas *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) e PAS. O estudo demonstrou que os RF estão associados à presença de PAL na deglutição nos bolus alimentares semi-sólidos e líquidos, além disso, o impacto funcional da DO na escala FOIS não se correlaciona com a avaliação objetiva da DO, sendo necessário o uso de mais avaliações para um diagnóstico preciso.

Curtis et al. (2020) realizaram estudo sobre a correlação entre a gravidade da doença de Parkinson (DP), RF e AL em 40 indivíduos por meio do exame de VFD, utilizando as escalas PAS e *Bolus Clearance Ratio* (BCR). Os resultados indicaram que a gravidade da doença não influenciou significativamente nas alterações de deglutição, porém, a AL foi influenciada pela extensão e tempo de fechamento das vias aéreas, enquanto os RF pela constrição faríngea. Os autores concluíram que diferentes variáveis da deglutição influenciam à presença de RF e PAL, não somente à gravidade da doença.

Labeit et al. (2021) compararam os exames de VFD e VED em 49 pacientes com DO, utilizando as escalas PAS e YPRSRS. Ambos exames demonstraram alta correlação quanto à análise de PAL e RF. A análise por meio da escala PAS demonstrou maior escore de pontuação no exame de VFD devido à melhor visualização das estruturas anatômicas. Concluíram que ambos os exames podem

ser considerados padrão-ouro no diagnóstico de DO quanto à presença de PAL e RF, porém, em casos individuais, a VED apresenta maior sensibilidade na visualização de PAL.

Sabry et al. (2021) trabalharam em uma escala ordinal intitulada *Mansoura Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Residue Ratio Scale* (MFRRS) para avaliar os RF durante o exame de VED. A escala foi dividida em duas regiões, uma voltada para análise de resíduos em valécula e outra para resíduos em seios piriformes, ambas com seis pontos (0: nenhum resíduo; 1: revestimento visível; 2: agrupamento baixo; 3: agrupamento moderado; 4: agrupamento alto; 5: agrupamento/transbordamento e 6: agrupamento penetrante), com diferentes definições dos níveis a depender da localização dos RF. Foi realizada a análise de 210 deglutições em cortes de imagem (100%) de 30 vídeos de pacientes submetidos à VED. Do total de vídeos, 50% foram utilizados para treinamento de quatro avaliadores e o restante, para serem classificados. Os autores concluíram que o MFRRS é precisa e confiável para a análise dos RF por meio da VED.

Curtis et al. (2022) descreveram o desenvolvimento de um método para padronizar a classificação dos RF e PAL durante o exame de VED, intitulado *Visual Analysis of Swallowing Efficiency and Safety* (VASES). Para isso, 26 avaliadores realizaram treinamento e avaliação pré e pós treinamento. Este resultado passou por análise estatística onde demonstrou confiabilidade intra e inter-examinadores. A VASES inclui quatro itens de avaliação, sendo eles “o que”, “onde”, “quando” e “como” avaliar os achados da VED. Os autores sugerem outros estudos para a análise da validade do método e comparação das classificações da VASES com escalas já existentes para RF e PAL em exame de VED.

Para sintetizar esse tópico em relação à avaliação dos RF, desde a década de 90 a literatura busca compreender e classificar amplamente os RF no manejo da disfagia orofaríngea. Diversos pesquisadores descreveram em seus estudos iniciais

as possíveis causas para a ocorrência desse achado em diferentes etiologias e populações e concluíram que os RF são potenciais marcadores de risco para penetração e aspiração em muitas populações com disfagia. Além disso, algumas pesquisas buscaram identificar e correlacionar os RF com a ocorrência de outras variáveis, principalmente com a aspiração laringotraqueal e o EOP e independentemente do objetivo do estudo, observa-se que para mensurar RF as escalas propostas para a VED conquistaram destaque tendo em vista a maior confiabilidade na análise.

Tradução e retrotradução de instrumentos para disfagia orofaríngea

Sales et al. (2010) realizaram a tradução e adaptação transcultural do questionário *Dysphagia in Multiple Sclerosis* (DYMUS) de avaliação da DO em indivíduos com Esclerose Múltipla. O processo seguiu as diretrizes de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton e colaboradores (2000), constando de cinco etapas, sendo tradução, síntese dos resultados, retrotradução, comitê de profissionais especialistas e aplicação de teste piloto. Após a conclusão do processo de tradução e adaptação transcultural, o questionário manteve as características da versão original, demonstrando fácil aplicação e confiabilidade.

Burgos et al. (2012) traduziram e adaptaram a *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10) para a língua espanhola. As etapas incluíram tradução para o espanhol, retrotradução, adaptação e teste, sem descrever a metodologia utilizada. Foram incluídos 65 pacientes com diagnóstico prévio de DO para aplicação do teste, que consideraram todos os itens do instrumento como compreensíveis. A partir disso, realizaram a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento que demonstrou confiabilidade e validade da versão em espanhol da EAT-10

Queirós et al. (2012) realizaram estudo com objetivo de traduzir e validar culturalmente as escalas *EAT-10* e *FOIS* para a língua portuguesa europeia,

conforme as diretrizes de Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2007). Foram realizadas três fases, sendo a primeira a realização da tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa europeia, seguida de avaliação da validade das escalas por pré-teste e, por último o estudo final. Os resultados demonstraram que ambas escalas apresentam confiabilidade das características psicométricas, com boa aplicabilidade em pacientes com DO decorrente de AVE.

Magalhães Júnior et al. (2013) apresentaram a tradução e adaptação transcultural do *Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet* (NDPCS) para o português brasileiro. O processo de tradução seguiu quatro etapas, de acordo com a metodologia proposta por Peters & Passchier (2006), sendo elas: Tradução, Retrotradução, Comitê de especialistas e aplicação em 35 voluntários, com média de 60 anos e sem diagnóstico de DO. A versão final manteve as 28 questões da versão original e contou com alterações e adaptações após a aplicação na população alvo. Os autores concluíram que a tradução e adaptação do NDPCS manteve a equivalência da versão original.

Bastos (2015) traduziu e adaptou o *The M.D Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI) para o português europeu, por meio das recomendações de metodologia internacionais *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*, 2002 e Fortin, 2009. O instrumento foi aplicado em 30 indivíduos com diagnóstico de CCP e alterações de deglutição e 30 controles saudáveis. A versão em português europeu demonstrou-se válida por meio dos resultados obtidos. A autora conclui o estudo sugerindo a aplicação em amostra maior para se validar a escala.

Leal (2015) realizou a tradução transcultural e adaptação do *EAT-10* para a língua portuguesa na Angola. O processo seguiu os critérios propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), por meio de quatro etapas, sendo elas a tradução, retrotradução, revisão por grupo de especialistas e pré-teste. Os resultados demonstraram ter alcançado equivalência semântica entre as versões e a

fase de pré- teste em 37 indivíduos controle e apontou que 91,9% dos indivíduos compreenderam facilmente as questões e 89,2% afirmaram a clareza quanto à instrução do instrumento. O *EAT-10* traduzido e adaptado à cultura e língua portuguesa da Angola passou a ser *Angola EAT-10: Ferramenta de Triagem da Deglutição*.

Ayres et al. (2016) traduziram e adaptaram a *Swallowing Disturbance Questionnaire* (SDQ) para a língua portuguesa brasileira por meio das diretrizes indicadas pelos autores Guillemin et al. (1993) e Beaton et al. (2002), caracterizadas pelos processos de tradução, retrotradução, análise e versão final. O SDQ foi aplicado em 23 indivíduos e não houve eliminação de nenhuma questão, demonstrando homogeneidade na análise de confiabilidade do teste. Os autores concluíram que houve equivalência cultural e boa confiabilidade do instrumento traduzido.

Bakhtiyari et al. (2018) realizaram a tradução, adaptação e validação do *Northwestern Dysphagia Patient Check* (NDPCS) para a Língua persa. Os autores seguiram a metodologia proposta por Beaton et al. (2000) com as etapas de tradução, comitê de especialistas, retrotradução e versão consenso. Após a finalização do processo de tradução e validação, os autores elaboraram o Persa NDPCS (P-NDPCS) e concluíram que este instrumento é válido e confiável para o diagnóstico de disfagia em fase inicial.

Umay et al. (2018) traduziram e avaliaram a validade do *Mann Assessment of Swallowing Ability* (MASA) para o idioma turco, por meio da metodologia proposta por Beaton et al. (2000). Os autores citaram apenas a autorização dos autores originais, a realização da tradução por três especialistas, comparação das traduções, correção, retrotradução e aplicação em 141 pacientes pós AVC. Quanto aos aspectos de validade, demonstrou bons índices estatísticos, sugerindo ser um instrumento válido e confiável para disfagia nesta população.

Shapira-Galitz et al. (2019) realizaram a tradução e validação do *Dysphagia Handicap Index (DHI)* para pacientes falantes da Língua hebraica, conforme o processo definido pela *International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR)*, seguindo cerca de quatro etapas. O instrumento foi aplicado em 148 pacientes submetidos ao exame de VED e 51 indivíduos saudáveis. Observou-se forte correlação com o instrumento original e os autores concluíram que o questionário é confiável e válido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com DO.

Montes-Jovellar et al. (2019) realizaram a tradução, adaptação e validação do *The M.D Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)* para a língua espanhola. O processo seguiu as metodologias propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e a *European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQa)*, passando pelas etapas de tradução para o idioma alvo, retrotradução para o idioma original, síntese das traduções originando a versão consenso e aplicação do questionário. A aplicação do instrumento foi realizada com 69 pacientes diagnosticados com Câncer de Cabeça e Pescoço tratados, seja por cirurgia, radioterapia ou quimiorradioterapia. Por se tratar de um estudo que também realizou a validação do instrumento, a versão na Língua espanhola demonstrou altos índices de confiabilidade no teste-reteste.

Hedstrom et al. (2020) traduziram, adaptaram e validaram o questionário *Swallowing Quality of Care (SWAL-CARE)* para a língua sueca, de acordo com as diretrizes internacionais de Fayers & Machin (2007), Organização Mundial da Saúde (2017) e Sousa (2011). O processo de tradução foi composto pelas etapas de tradução, versão consenso, retrotradução, aplicação e redação final. Participaram do estudo 100 pacientes com disfagia orofaríngea e distintas etiologias, como Câncer de Cabeça e Pescoço e doença neurológica ou neuromuscular. Após análise

estatística para validar o instrumento, os autores concluíram que o novo S-SWAL-CARE é válido na avaliação de pacientes disfágicos.

Anjos et al. (2021) realizaram um estudo de validação restrito à tradução e adaptação transcultural do *The Swallow Outcomes After Laryngectomy* (SOAL), por meio das etapas de tradução, análise por comitê de especialistas, aplicação do questionário em amostra de dez indivíduos laringectomizados totais, retrotradução e versão final. Após análise pelo comitê de especialistas foi necessário adequar as equivalências semântica, sintática/gramatical, experiencial, idiomática e de conteúdo e a retrotradução manteve-se equivalente à versão original. Os autores concluíram com o instrumento adaptado à cultura brasileira e esta versão será utilizada para o processo de validação.

Furkim et al. (2021) realizaram a tradução e adaptação do *Modified Swallowing Assessment* (MSA) para o português brasileiro, iniciada pelo comitê de especialistas. As fases do processo foram a tradução, síntese das traduções, aplicabilidade da

síntese, retrotradução, síntese da versão retraduzida e síntese final. Foram realizadas adaptações para equivalência na cultura brasileira e o processo manteve todos os itens preservados da versão original.

Da Silva et al. (2021) traduziram e adaptaram transculturalmente o *Modified Mann Assessment of Swallowing Ability* (MMASA) da língua inglesa norte-americana para o português brasileiro, seguindo as diretrizes de Peters e Passchier onde são realizadas quatro etapas (tradução, retrotradução, banca de especialistas e pré-teste). A versão final manteve a estrutura e equivalência da versão original, porém, recomenda-se a validação das propriedades psicométricas do MMASA.

Atar et al. (2022) realizaram a tradução e validação da YPRSRS para a Língua Turca. Para isto, foi necessário traduzir a escala original para o idioma alvo por dois tradutores bilíngues inglês-turco e, em seguida, retraduziram para o idioma

original por outros dois tradutores qualificados. Os autores deste estudo não citaram a metodologia seguida para o processo de tradução e validação, descrevendo apenas as etapas seguidas, sendo tradução, retrotradução, pré-teste e análise estatística. A análise estatística do processo de tradução demonstrou valores altos no escore de validade e confiabilidade quanto à utilização da escala para determinar o local de resíduos faríngeos por meio do exame de VED.

Felipini et al. (2022) realizaram a tradução e adaptação transcultural dos questionários *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL) e *Quality of Care in Swallowing Disorders* (SWAL-CARE) para a Língua Portuguesa do Brasil, de acordo com a metodologia proposta por Beaton et al. (2000), seguindo seis etapas metodológicas (1: Tradução, 2: Síntese das Traduções, 3: Retrotradução, 4: Banca de Especialistas, 5: Pré-teste e 6: Submissão da documentação ao Comitê). À versão final traduzida manteve a estrutura original de ambos os questionários e os títulos

passaram a ser “Qualidade de Vida em Distúrbios da Deglutição” e “Qualidade dos Cuidados em Distúrbios da Deglutição”. Os autores concluíram sugerindo a validação psicométrica dos questionários.

Frajkova et al. (2022) realizaram a tradução, adaptação linguística e validação do *Eating Assessment Tool* (EAT-10), a fim de gerar uma versão eslovaca. O processo incluiu a tradução para o idioma alvo, versão consenso, retrotradução e envio para o autor original, sem citar a metodologia utilizada para este processo. Participaram do estudo 136 controles e 51 pacientes com disfagia. Após análise estatística, os autores concluíram que o *Slovak* EAT-10 é válido e confiável para avaliação de pacientes disfágicos.

Rama et al. (2022) realizaram o processo de tradução, adaptação transcultural e validade do *Feeding/Swallowing Impact Survey* (FS-IS) para a Língua Portuguesa do Brasil, por meio da diretriz proposta por Beaton et al. (2000),

seguindo as etapas de tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, Comitê de Especialistas e pré-teste. A amostra de teste foi composta por 95 cuidadores de crianças com distúrbios de alimentação e/ou deglutição, que não relataram dificuldades no entendimento da versão traduzida. Os autores concluíram que o instrumento na versão traduzida para a Língua Portuguesa do Brasil (Pt-Br-FS-IS) é válido e confiável para a investigação do impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida dos cuidadores desta população.

Ginocchio et al. (2022) realizaram a tradução do *Dysphagia Handicap Index* (DHI) para o italiano seguindo as diretrizes recomendadas por Beaton et al., 2000. Os autores descrevem a realização das etapas de tradução por um painel de especialistas composto por dois fonoaudiólogos e dois fonoatras. Após essa etapa realizou-se a síntese das traduções, seguida pela retrotradução, realizada por três tradutores independentes sem conhecimento do questionário original. A versão foi encaminhada para um comitê de especialistas e analisada a confiabilidade do teste por meio da aplicação em 75 pacientes com DO e 166 controles saudáveis. Os autores concluíram que a tradução do instrumento I-DHI é válida e confiável nesta população.

Assim, para sintetizar a literatura atual sobre disfagia orofaríngea e a tradução e retrotradução de instrumentos, conclui-se que a maioria dos instrumentos foram originalmente elaborados na Língua Inglesa Norte-Americana. Desta revisão de literatura, no total de 20 artigos, um foi traduzido para a língua espanhola, um para a língua hebraica, um para a língua turca, um para o português de Angola, um para o Italiano, dois para o português europeu e sete para a Língua Portuguesa do Brasil. Além disso, houve marcante variabilidade nas metodologias adotadas pelos autores.

Ainda sobre esse breve levantamento, foi possível observar que nove artigos citam Beaton et al. (2000), cinco artigos citaram o uso da metodologia

proposta por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), três artigos a metodologia de Peters & Passchier (2006), dois citam a metodologia de Pernambuco et al. (2017), um artigo cita Guillemin, Bombardier, Beaton e Ferraz (2007), um cita a *International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR)*, um cita a *European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA)*, um cita a Organização Mundial de Saúde (2017), um cita Sousa (2011), um cita Fayers & Machin (2007), enquanto outros seis citam mais de uma metodologia utilizada e três artigos não citam as metodologias que seguiram no processo.

Além disso, o número de etapas dentro da metodologia escolhida também apresenta grande variabilidade. Dos 20 artigos, 19 variam entre 3 e 6 etapas seguidas e um não descreveu as etapas seguidas conforme mostra o Quadro 1 (Apêndice 1). As etapas geralmente seguem o padrão de realização da tradução, síntese dos resultados, retrotradução, comitê de especialistas e aplicação e, em metodologias com números menores de etapas, encontra-se diferenças principalmente no processo de retrotradução, que pode vir antes ou depois do instrumento passar pelo comitê de especialistas. Soma-se a isso, o fato que diversos estudos além de utilizarem mais de uma metodologia como base para o processo de tradução, descreveram as etapas seguidas de modo diferente das sugeridas pelas diretrizes.

MÉTODO

Para o processo de tradução e retrotradução da *The Boston Residue and Clearance Scale* optou-se pela metodologia recomendada por Beaton et al., (2000), que consta de seis etapas:

- 1- Tradução para o idioma alvo, no caso a Língua Portuguesa do Brasil;
- 2- Síntese das Traduções;
- 3- Retrotradução para o idioma original - Língua Inglesa Norte-Americana;
- 4- Comitê de Especialistas;
- 5- Teste da versão pré-final;
- 6- Envio dos documentos aos autores ou à Banca para avaliação do processo.

Para iniciar este estudo a autora principal do instrumento foi contatada por email e autorizou a realização deste estudo (Anexo 1) realizado conforme as etapas a seguir:

1 - Tradução para o idioma alvo, no caso a Língua Portuguesa do Brasil:

Realizou-se o processo de tradução do instrumento na língua original (Inglês Norte-Americano) para a Língua Portuguesa do Brasil por duas tradutoras experientes em traduções para estudos científicos na área da saúde e inclusive de outros instrumentos para disfagia orofaríngea. Os critérios para seleção dos tradutores incluíram ser nativo Brasileiro, fluente no idioma original do instrumento e ter experiência com tradução na área de saúde. As tradutoras apresentaram média de 9 anos de experiência na área e preencheram todos os critérios. Após serem contatadas, foi enviado por e-mail o arquivo contendo o recorte da escala “*The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS)*” a ser traduzido no prazo de uma semana. Ambas realizaram a tradução individualmente, gerando duas traduções (T1 e T2).

Ainda neste processo, foi realizada a tradução de um parágrafo de instruções para o uso e pontuação da escala BRACS. Este parágrafo foi selecionado do artigo original e dividido em 14 segmentos. Foi considerado como segmento o início de uma letra maiúscula até o primeiro ponto final. As tradutoras receberam um arquivo em formato word para registrarem suas traduções. Após as traduções, o parágrafo e a escala seguiram para a etapa 2.

2 - Síntese das traduções: Após o autor receber as traduções, realizou-se uma reunião entre as tradutoras e os autores deste estudo (média de 15 anos de experiência na área do instrumento a ser traduzido), com o objetivo de eliminar discrepâncias no contexto lexical e sintático e elaborar a versão consenso (T1+T2) na Língua Portuguesa do Brasil. A reunião foi realizada por meio da plataforma *Google Meet*, onde pela primeira vez as tradutoras visualizaram juntas suas traduções. Os ajustes foram realizados por consenso entre as tradutoras e autores deste estudo, e a comparação com a versão original, buscando o melhor termo equivalente e usualmente utilizado na área de especialidade na Língua Portuguesa do Brasil.

3 - Retrotradução para o idioma original - Língua Inglesa Norte-Americana:

Realizou-se o processo de Retrotradução (*back-translation*) da versão consenso (T1+2) em Língua Portuguesa do Brasil para o idioma original do instrumento (Inglês Norte-Americano) por dois tradutores nativo americanos e fluentes na Língua Portuguesa do Brasil. Os critérios de inclusão seguiram os mesmos da Etapa 1. Os tradutores deveriam ser nativo-americanos, proficientes na Língua Portuguesa do Brasil e ter experiência na área de tradução de instrumentos da saúde. Os tradutores apresentaram média de 9,5 anos de experiência. Ambos os tradutores receberam a versão consenso em arquivo formato word e produziram duas versões retrotraduzidas (R1 e R2) da escala e do parágrafo de instruções.

Ainda nesta etapa, realizou-se a reunião entre os tradutores e o autor desse estudo, com objetivo de sintetizar as traduções e gerar a versão consenso, eliminando as discordâncias. Após gerar a versão consenso retrotraduzida na Língua Inglesa Norte-Americana (R1 + R2), optou-se por comparar a versão consenso com

a versão original, a fim de confirmar as equivalências entre as versões por opção dos autores e sugestão dos tradutores, apesar da metodologia de Beaton et al. (2000) não descrever a necessidade da realização deste passo.

Para a análise dos resultados, os autores definiram os conceitos de adaptação sintática como o conjunto de regras que permitem diferentes possibilidades e associação de palavras para a formulação da frase, ou seja, como os termos dentro da frase relacionam-se entre si; adaptação semântica equivalência entre as palavras com o mesmo significado nas Línguas Inglesa Norte-Americana e Português do Brasil e adaptação gramatical como o conjunto de regras para o uso correto da língua escrita e falada. As demais etapas, a partir da etapa 4, serão desenvolvidas em projeto subsequente a este previsto para início de 2023.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta o fluxograma das etapas do processo de tradução e retrotradução da escala BRACS.

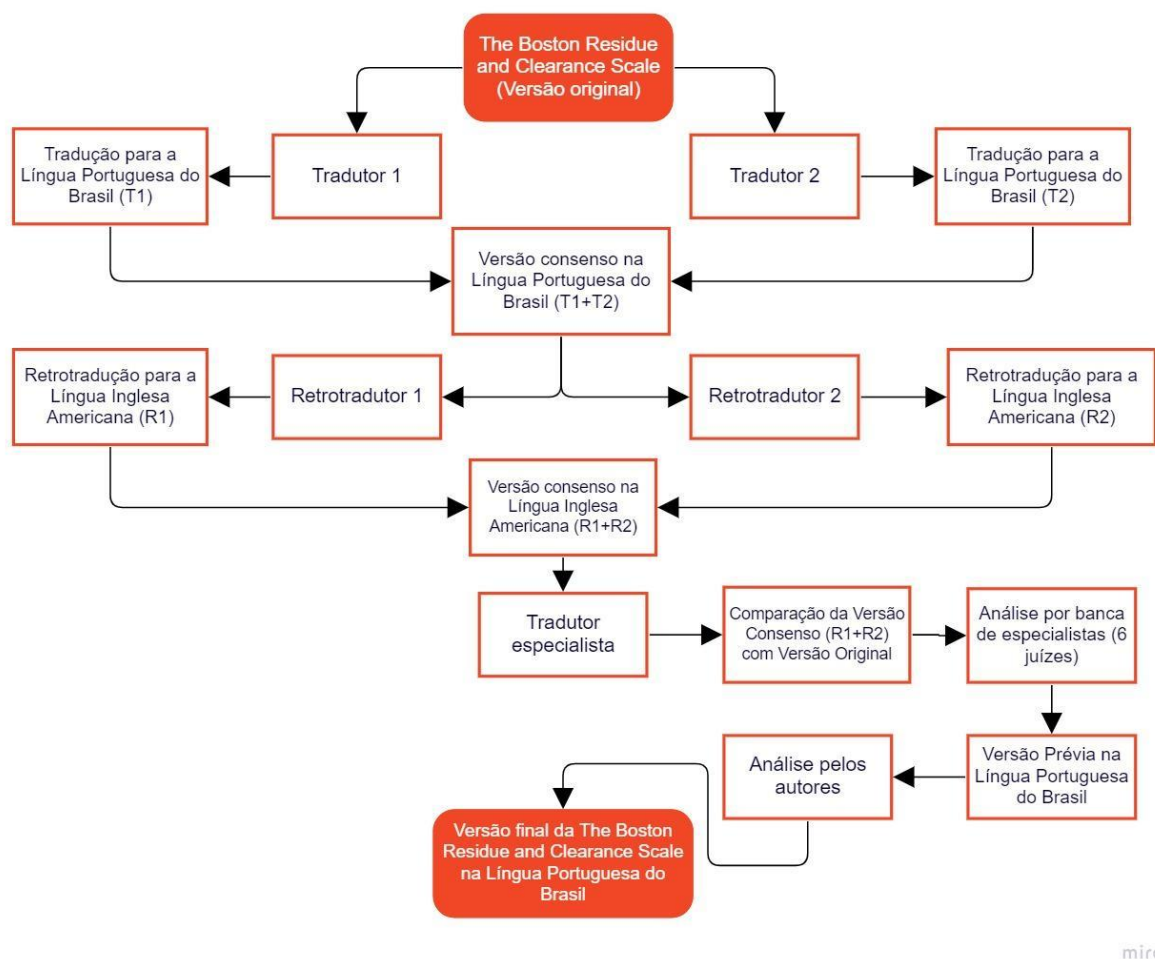


Figura 1: Etapas realizadas no processo de tradução e retrotradução da *The Boston Residue and Clearance Scale (BRACS)*.

BLOCO 1: TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Quadro 1.1: Traduções da etapa 1 entre T1 e T2, divergências e ajustes na versão consenso do parágrafo de instruções da escala BRACS.

PARÁGRAFO	T1	T2	Consenso Versão T1/T2
1. BRACS is na 11-point ordinal scale measuring the severity of a residue problem	A BRACS é uma escala ordinal de 11 pontos cujo objetivo é mensurar a gravidade de um problema de resíduos*	A BRACS é uma escala ordinal de 11 pontos que avalia a gravidade de resíduos faríngeos*	A BRACS é uma escala ordinal de 11 pontos que mensura o grau de comprometimento de resíduos faríngeos
2. The scale specifically defines amount of residue	Essa escala indica, em específico, a quantidade de resíduos verificada	A escala determina, especificamente, a quantidade de resíduos	A escala determina, em específico, a quantidade de resíduos faríngeos
3. none/coating	Nenhum resíduo/vestígio residual	nenhum resíduo/vestígio residual	nenhum resíduo/vestígio residual
4. mild = covering/filling <1/3 of the location	Leve = cobertura/preenchimento <1/3 do local	Leve = resíduos cobrindo/preenchendo <1/3 da localização	Leve = resíduos cobrindo/preenchendo <1/3 do local
5. Moderate = Covering/filling 1/3-2/3 of the location	Moderado = cobertura/preenchimento 1/3-2/3 do local	Moderado = resíduos cobrindo/preenchendo 1/3-2/3 da localização	Moderado = Resíduos cobrindo/preenchendo 1/3 – 2/3 do local
6. Severe = covering/filling >2/3 of the location	Grave = cobertura/preenchimento >2/3 do local	Grave = resíduos cobrindo/preenchendo >2/3 da localização	Grave = resíduos cobrindo/preenchendo >2/3 do local
7. The amount of residue is scored in 12 locations in the laryngopharynx	A quantidade de resíduos é pontuada considerando 12 locais na laringofaringe	A quantidade de resíduos é pontuada em 12 localizações na laringofaringe	A quantidade de resíduos é pontuada considerando 12 locais na laringofaringe
8. An extra point is added if residue was noted in 4 or more anatomical regions	Um ponto extra é adicionado se o resíduo for observado em 4 ou mais regiões anatômicas	Se houver resíduos em 4 ou mais regiões anatômicas, um ponto extra é adicionado	Se houver resíduos em quatro ou mais regiões anatômicas, adicione um ponto à somatória
9. An additional point is added if residue was ever present inside the vestibule, placing the individual at highest risk for aspiration after the swallow	Um segundo ponto extra é adicionado se o resíduo for observado dentro do vestíbulo, o que indica que o indivíduo apresenta maior risco de aspiração após a deglutição	Se houver resíduos no interior do vestíbulo, colocando o indivíduo em maior risco de aspiração após a deglutição, um ponto extra é adicionado	Se houver resíduos no interior do vestíbulo, colocando o indivíduo em maior risco de aspiração após a deglutição, adicione um ponto à somatória

10. <i>If residue is observed and the individual demonstrates no spontaneous clearing swallows, and extra point is added to account for the apparent lack of pharyngeal sensation</i>	Se for observado resíduo , e o indivíduo não demonstrar deglutição espontânea , um terceiro ponto extra é adicionado para indicar uma aparente ausência de sensação faríngea	Se forem observados resíduos e o indivíduo não manifestar deglutições espontâneas , um ponto extra é adicionado para explicar a aparente falta de sensação faríngea	Se houver resíduos e o indivíduo não manifestar deglutições espontâneas, adicione um ponto à somatória, considerando que, aparentemente, existe a falta de sensação faríngea
11. <i>Cued or spontaneous swallows are then judged for effectiveness</i>	Então, a deglutição espontânea ou a deglutição estimulada são classificadas quanto à eficácia	As deglutições espontâneas ou estimuladas são, então, julgadas quanto à sua eficácia	Por fim, as deglutições espontâneas ou estimuladas são, então, julgadas quanto a sua Eficiência
12. <i>Yes = 80-100% cleared</i>	Sim (eficaz) = 80-100% de resíduos eliminados	Sim = limpeza de 80-100% dos resíduos	Sim = limpeza de 80-100% dos resíduos
13. <i>Partially = 20-80% cleared</i>	Parcialmente eficaz = 20-80% de resíduos eliminados	Parcialmente = limpeza de 20-80% dos resíduos	Parcialmente = limpeza de 20-80% dos resíduos
14. <i>No = 0-20% cleared</i>	Não (não eficaz) = 0-20% de resíduos eliminados	Não = limpeza de 0-20% dos resíduos	Não = limpeza de 0-20% dos resíduos

***As palavras grifadas em negrito nas colunas T1 e T2 referem-se às divergências entre as traduções 1 (T1) e 2 (T2).**

Dos 14 segmentos do parágrafo de instruções, apenas um foi traduzido do mesmo modo entre as T1 e T2 e os outros 13 apresentaram divergências. As divergências encontradas nesta etapa foram categorizadas em a) semânticas, b) sintáticas e c) gramaticais. Das divergências, três foram classificadas como semânticas (itens 1, 2 e 7), três classificadas como adaptações sintáticas (itens 4, 5 e 6), quatro classificadas como adaptações sintáticas e gramaticais (itens 8, 9, 10 e 11) e três classificadas como adaptações sintáticas e semânticas (itens 12, 13 e 14). As divergências foram resolvidas por consenso conforme mostra a coluna 3 do Quadro 1.1.

A seguir no Quadro 1.2 está apresentada a tradução da escala BRACS, com tradução de 18 segmentos da Língua Inglesa Norte-Americana para a Língua Portuguesa do Brasil.

Quadro 1.2: Tradução entre T1 e T2, divergências e ajustes na versão consenso da escala BRACS.

BRACS	T1	T2	Consenso Versão T1/T2
1. Location and amount of residue	Localização e quantidade de resíduos	Localização e quantidade de resíduo	Localização e quantidade de resíduos
2. Mark all that apply	Indique todas as alternativas que se aplicam	Marque todas as localizações que se aplicam	Marque todos os locais que se aplicam
3. and then indicate the worst score attained from any location in the last row	Depois , indique a pior pontuação alcançada a partir de qualquer localização na última coluna	E, em seguida , indique a pior pontuação obtida em cada uma delas	E, em seguida, indique a pior pontuação obtida em cada um deles
4. Zone 1	Zona 1	Região 1	Região 1
5. Lateral pharyngeal Wall	Parede lateral da faringe	Parede lateral da faringe	Parede lateral da faringe
6. Posterior pharyngeal Wall	Parede posterior da faringe	Parede posterior da faringe	Parede posterior da faringe
7. Base of tongue	Base da língua	Base da língua	Base da língua
8. Valleculae	Valéculas	Valéculas	Valéculas
9. Tip of epiglottis	Ponta da epiglote	Ponta da epiglote	Ponta da epiglote
10. Zone 2	Zona 2	Região 2	Região 2
11. Left lateral channel and left piriform recess	Canal lateral esquerdo e recesso piriforme esquerdo	Canal lateral esquerdo e recesso piriforme esquerdo	Canal lateral esquerdo e recesso piriforme esquerdo
12. Right lateral channel and right piriform recess	Canal lateral direito e recesso piriforme direito	Canal lateral direito e recesso piriforme direito	Canal lateral direito e recesso piriforme direito
13. Postcricoid region	Região pós-cricóide	Região pós-cricóide	Região pós-cricóide
14. Bolus 1	Bolo alimentar 1	Bolo 1	Bolus alimentar 1
15. None/coating	Nenhum/ revestimento	Nenhum	Nenhum resíduo/vestigio residual
16. Mild	Ameno	Leve	Leve
17. Moderate	Moderado	Moderado	Moderado
18. Severe	Severo	Grave	Grave

Dos 18 segmentos da BRACs, nove foram traduzidos do mesmo modo entre as traduções 1 e 2 (T1 e T2) e nove mostraram-se divergentes entre as T1 e T2. Na versão consenso, dos nove segmentos divergentes entre as T1 e T2, optou-se por manter um como na T1, cinco como na T2, e o restante foi reajustado por consenso entre as tradutoras. As readequações foram feitas por consenso entre as tradutoras e a comparação com a versão original, buscando o melhor termo equivalente e usualmente utilizado na Língua Portuguesa do Brasil. Das divergências, seis foram classificadas como semânticas (itens 2, 4, 10, 14, 16 e 18), duas foram classificadas como sintáticas (itens 3 e 15) e uma como gramatical (item 1).

BLOCO 2: RETROTRADUÇÃO DA BRACS PARA A LÍNGUA INGLESA

NORTE-AMERICANA

Quadro 2.1: Retrotradução entre R1 e R2, divergências e ajustes na versão consenso do parágrafo de instruções da escala BRACS.

PARÁGRAFO	R1	R2	Consenso Versão R1,2
1. A BRACS é uma escala ordinal de 11 pontos que mensura o grau de comprometimento de resíduos faríngeos	<i>BRACS (The Boston Residue and Clearance Scale) is na 11-point ordinal scale that measures the degree of compromisse of pharyngeal residue</i>	<i>The BRACS (Boston Residue and Clearance Scale) is an 11-point ordinal scale that measures the degree of impairment of pharyngeal residue</i>	<i>The BRACS (Boston Residue and Clearance Scale) is na 11-point ordinal scale that measures the degree of impairment of pharyngeal residue</i>
2. A escala determina, em específico, a quantidade de resíduos faríngeos	<i>The scale specifically determines the amount of pharyngeal residue</i>	<i>The scale specifically determines the amount of pharyngeal residue</i>	<i>The scale specifically determines the amount of pharyngeal residue</i>
3. Nenhum resíduo/vestígio residual”	<i>No residue/vestigial residue</i>	<i>No residue/traces</i>	<i>No residue/traces</i>
4. Leve = resíduos cobrindo/preenchendo <1/3 do local	<i>light = residue covering/filling <1/3 of the site</i>	<i>mild = residue covering/filling <1/3 of the location</i>	<i>mild = residue covering/filling <1/3 of the location</i>
5. Moderado = Resíduos cobrindo/preenchendo 1/3 – 2/3 do local	<i>moderate = residue covering/filling 1/3 – 2/3 of the site</i>	<i>moderate = residue covering/filling 1/3 – 2/3 of the location</i>	<i>moderate = residue covering/filling 1/3 – 2/3 of the location</i>
6. Grave = resíduos cobrindo/preenchendo >2/3 do local	<i>severe = residue covering/filling >2/3 of the site</i>	<i>severe = residue covering/filling >2/3 of the location</i>	<i>severe = residue covering/filling >2/3 of the location</i>
7. A quantidade de resíduos é pontuada considerando 12 locais da laringofaringe	<i>The amount of residue is punctuated in 12 locations of laryngopharynx</i>	<i>The amount of residue is scored at 12 laryngopharyngeal sites</i>	<i>The amount of residue is scored at 12 laryngopharyngeal locations</i>

8. Se houver resíduos em quatro ou mais regiões anatômicas, adicione um ponto à somatória	<i>If there is residue in four or more anatomical regions, na extra point must be added to the sum</i>	<i>An extra point is added to the sum if residue is presente in four or more anatomical regions</i>	<i>If there is residue in four or more anatomical regions, na extra point must be added to the sum</i>
9. Se houver resíduos no interior do vestibulo, colocando o indivíduo em maior risco de aspiração após a deglutição, adicione um ponto à somatória	<i>If there is residue inside the vestibule, placing the individual at increased risk of aspiration after swallowing, another extra point must be added to the sum</i>	<i>Another point is added to the sum if there is residue inside the vestibule, putting the individual at greater risk of aspiration after swallowing</i>	<i>If there is residue inside the vestibule, placing the individual at increased risk of aspiration after swallowing, another extra point must be added to the sum</i>
10. Se houver resíduos e o indivíduo não manifestar deglutições espontâneas, adicione um ponto à somatória, considerando que, aparentemente, existe a falta de sensação faríngea	<i>And if there is residue and the individual does not manifest spontaneous swallows, another extra point must be added to the sum, considering that, apparently, there is a lack of pharyngeal sensation</i>	<i>An additional point is added to the sum if there is residue and the individual does not manifest spontaneous swallowing, indicating an apparent lack of pharyngeal sensation</i>	<i>And if there is residue and the individual does not manifest spontaneous swallows, another extra point must be added to the sum, indicating na apparent lack of pharyngeal sensation</i>
11. Por fim, as deglutições espontâneas ou estimuladas são, então, julgadas quanto a sua eficiência	<i>Finally, spontaneous or stimulated swallows are judged by their efficiency</i>	<i>Finally, spontaneous or stimulated swallows are judge according to their efficiency</i>	<i>Finally, spontaneous or stimulated swallows are judge according to their efficiency</i>
12. Sim = limpeza de 80-100% dos resíduos	<i>Yes = cleaning 80-100% of residue</i>	<i>Yes = 80-100% of residue cleared</i>	<i>Yes = 80-100% of residue cleared</i>
13. Parcialmente = limpeza de 20-80% dos resíduos	<i>Partially = cleaning of 20-80% of residue</i>	<i>Partially = 20-80% of residue cleared</i>	<i>Partially = 20-80% of residue cleared</i>
14. Não = limpeza de 0-20% dos resíduos	<i>No = clearing of 0-20% of residue</i>	<i>No = 0-20% of residue cleared</i>	<i>No = 0-20% of residue cleared</i>

Na etapa de retrotradução do parágrafo de instruções, observou-se os mesmos números de concordância e divergências obtidos na tradução. Apenas um segmento foi concordante entre as R1 e R2, enquanto os outros 13 foram discordantes.

De 14 segmentos, cinco foram classificados como divergências semânticas (itens 1, 4, 5, 6 e 11), quatro classificados como sintáticas (itens 7, 8, 9 e 10), um classificado como semântica e sintática (item 3) e três classificados como

gramaticais (itens 12, 13 e 14). As divergências foram resolvidas na versão consenso apresentada no mesmo quadro.

O Quadro 2.2 apresenta a retrotradução da escala BRACS, com tradução de 18 segmentos da Língua Portuguesa do Brasil para a Língua Inglesa Norte-Americana.

Quadro 2.2: Retrotradução entre R1 e R2, divergências e ajustes na versão consenso da escala BRACS.

BRACS	R1	R2	Consenso Versão R1,2
1. Localização e quantidade de resíduos	<i>Location and quanty of residue</i>	<i>Location and amount of residue</i>	<i>Location and amount of residue</i>
2. Marque todos os locais que se aplicam	<i>Check all sites that apply</i>	<i>Check all locations that apply</i>	<i>Check all locations that apply</i>
3. e, em seguida, indique a pior pontuação obtida em cada um deles	<i>and then indicate the worst score obtained for each of them</i>	<i>and then indicate the worst score obtained in each</i>	<i>and then indicate the worst score obtained in each</i>
4. Região 1	<i>Region 1</i>	<i>Region 1</i>	<i>Region 1</i>
5. Parede lateral da faringe	<i>Lateral wall of the pharynx</i>	<i>Lateral wall of pharynx</i>	<i>Lateral wall of the pharynx</i>
6. Parede posterior da faringe	<i>Posterior wall of the pharynx</i>	<i>Posterior wall of the pharynx</i>	<i>Posterior wall of the pharynx</i>
7. Base da língua	<i>Base of the tongue</i>	<i>Base of the tongue</i>	<i>Base of the tongue</i>
8. Valéculas	<i>Vallecula</i>	<i>Valleculae</i>	<i>Valleculae</i>
9. Ponta da epiglote	<i>Tip of the epiglottis</i>	<i>Tip of the epiglottis</i>	<i>Tip of the epiglottis</i>
10. Região 2	<i>Region 2</i>	<i>Region 2</i>	<i>Region 2</i>
11. Canal lateral esquerdo e recesso piriforme esquerdo	<i>Left lateral canal and left pyriform recess</i>	<i>Left lateral canal and left piriform recess</i>	<i>Left lateral canal and left pyriform recess</i>
12. Canal lateral direito e recesso piriforme direito	<i>Right lateral canal and right pyriform recess</i>	<i>Right lateral canal and right piriform recess</i>	<i>Right lateral canal and right pyriform recess</i>
13. Região pós- cricóide	<i>Postcricoid region</i>	<i>Postcricoid region</i>	<i>Postcricoid region</i>
14. Bolus alimentar 1	<i>Food bolus</i>	<i>Food Bolus</i>	<i>Food Bolus</i>
15. Nenhum resíduo/vestigio residual	<i>No residue/residual waste</i>	<i>No residue/traces</i>	<i>No residue/traces</i>
16. Leve	<i>Light</i>	<i>Mild</i>	<i>Mild</i>
17. Moderado	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>
18. Grave	<i>Severe</i>	<i>Severe</i>	<i>Severe</i>

Na etapa de retrotradução da escala BRACS, foram retraduzidos 18

segmentos da Língua Portuguesa do Brasil para a Língua Inglesa Norte-Americana. Do total de segmentos, 11 foram traduzidos em concordância entre R1 e R2 e sete foram discordantes. Quanto aos segmentos discordantes, optou-se por um ajuste como a R1 e seis ajustes como a R2, onde três foram classificados como divergências semânticas (itens 1, 2 e 16) e quatro foram classificadas como gramaticais (itens 3, 8, 11 e 12). As divergências foram resolvidas na versão consenso conforme apresentado no mesmo quadro.

DISCUSSÃO

Na área de disfagia orofaríngea diversos são os instrumentos descritos na literatura, seja para realizar o rastreamento precoce do sintoma, mensurar a gravidade dos achados ou complementar a avaliação clínica e instrumental, para que o processo de diagnóstico e conduta sejam ainda mais assertivos (ETGES et al., 2014). No entanto, apesar da ampla variedade de instrumentos, esses em sua maioria foram originalmente elaborados na Língua Inglesa Norte-Americana. Além disso, no que concerne à análise de resíduos faríngeos, estes foram propostos para a avaliação instrumental por meio do exame de videofluoroscopia de deglutição, e nem todos possuem evidências de validade ou consenso sobre a escala de maior contribuição para esta finalidade.

Devido à escassez de instrumentos para este propósito elaborados na Língua Portuguesa do Brasil, a tradução e adaptação de um instrumento disponível em outro idioma demonstra-se como possibilidade frente a este problema, desde que realizada com metodologia adequada (GIUSTI & BEFI-LOPES, 2008). Observa-se também que o processo de tradução apresenta grande variabilidade de diretrizes e recomendações e, muitos autores acabam adaptando as etapas seguidas com a combinação de uma ou mais metodologias (SALES et al., 2010; AYRES et al., 2016; MONTES-JOVELLAR et al., 2019; HEDSTROM et al., 2019).

Neste estudo, o processo de tradução foi realizado com base na metodologia

proposta por Beaton et al. (2000), sendo uma das recomendações mais citadas pelos estudos com este objetivo (SALES et al., 2010; AYRES et al., 2016; UMay et al., 2018; BAKHTIYARI et al., 2018; ANJOS et al., 2021; FELIPINI et al., 2022; RAMA et al., 2022; GINOCCHIO et al., 2022). Assim, a primeira etapa realizada foi a tradução, que tem por objetivo buscar as equivalências entre a versão traduzida e a versão original.

A seguir serão discutidos os resultados da tradução do parágrafo de instruções e da escala BRACS propriamente dita. As divergências semânticas e sintáticas aconteceram durante o processo, em maior quantidade na tradução do parágrafo que na escala, apontando claramente que as traduções com frases mais extensas são de maior probabilidade de divergências assim como mencionado em estudos de tradução, onde as dificuldades descritas pelos autores são voltadas para análise de discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais (SALES et al., 2010; MAGALHÃES-JÚNIOR et al., 2013; BASTOS, 2015; AYRES et al., 2016; BAKHTIYARI et al., 2018; ANJOS et al., 2021; FURKIM et al. 2021; SILVA et al., 2021; FELIPINI et al., 2022). Além da questão da extensão e seu impacto nas traduções com divergências sintáticas, ocorreram questões semânticas relacionadas aos corretos termos usados na área da saúde. Essa questão técnica das traduções, assim como afirmam outros estudos, ocorrem frequentemente devido à adaptação transcultural, como por exemplo a tradução do termo “*cookie*” para “bolacha recheada” no estudo de Ayres et al. (2016) e dificuldades com itens que não apresentam tradução aproximada no idioma alvo que tenha o mesmo significado proposto pelo autor original (BASTOS, 2015).

No entanto, e apesar da metodologia usada neste estudo não destacar qual deveria ser o tempo de experiência dos tradutores para a realização desse processo e outros estudos abordarem pouco essa questão, os profissionais tradutores apresentaram média de experiência acima de cinco anos na área de tradução. Assim como as etapas descritas por Beaton et al. (2000), uma das tradutoras responsáveis pela primeira etapa estava ciente dos conceitos presentes no instrumento selecionado, ou seja, era

familiarizada com os termos da área. Os resultados obtidos na etapa de tradução foram dentro do esperado frente à uma tradutora ciente dos termos e outra menos influenciada por essa questão, obtendo-se uma tradução que refletiu a linguagem e seus aspectos semânticos, sintáticos e gramaticais.

Para finalizar a discussão sobre as traduções, e no contexto da síntese das traduções com a participação dos autores responsáveis pelo estudo, poucos artigos analisados na revisão de literatura citaram a participação dos autores para realização da síntese das traduções e análise em conjunto aos tradutores, por outro lado mencionaram a importância da formação e/ou anos de experiência na área de tradução ou atuação com a área do estudo (SALES et al., 2010; SHAPIRA-GALITZ et al., 2019; SILVA et al., 2021).

Em outros estudos de tradução, a etapa de comitê de especialistas pode ocorrer anteriormente ao processo de retrotradução, de acordo com a metodologia adotada, devido à análise dos profissionais e sugestões de mudança após aplicação, como citado por Bakhtiyari et al. (2018), Hedstrom et al. (2020), Anjos et al. (2021), Furkim et al. (2021).

Quanto aos resultados sobre o processo de retrotradução, observou-se as mesmas características da tradução, com discrepâncias nos aspectos sintáticos, semânticos e gramaticais, diferenciando-se pela comparação com a versão original para verificação da validade do instrumento quanto ao novo idioma e contexto cultural.

Por fim, entendendo que somente a tradução e retrotradução de um instrumento não garante suficiente evidências de validade, ou seja, embora o modelo de tradução final tenha culminado em uma escala traduzida e retrotraduzida que possibilita aplicação clínica, é necessário a reunião de muitas outras evidências para assegurar a confiabilidade do instrumento no que se propõe a mensurar (PERNAMBUCO et al., 2017).

Neste estudo os autores optaram por manter o título em seu idioma original para

preservar o local em que foi desenvolvida (Boston). Assim, finalizada essa etapa do processo, e certos da necessidade em prosseguir para confirmar as vantagens e desvantagens desse instrumento para mensurar RF na VED, ressalta-se que serão dados novos passos em direção a futuras contribuições a este método diagnóstico de classificação dos RF em disfagia orofaríngea.

CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação transcultural da *The Boston Residue and Clearance Scale* foi concluído e encontra-se pronto para a validação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANJOS, Larissa Mendonça dos; SILVA, Francisco Tiago Meireles da; PERNAMBUCO, Leandro. Tradução e adaptação transcultural do Swallow Outcomes After Laryngectomy Questionnaire (SOAL) para o português brasileiro. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2021.
2. ANSARI, Nouredin Nakhostin; TARAMESHLU, Maryam; GHELICHI, Leila. Dysphagia in multiple sclerosis patients: diagnostic and evaluation strategies. **Degenerative neurological and neuromuscular disease**, v. 10, p. 15, 2020.
3. ARNOLD, Marcel et al. Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0148424, 2016.
4. ATAR, Yavuz et al. Validity and reliability of the turkish translation of the yale pharyngeal residue severity rating scale. **Dysphagia**, v. 37, n. 3, p. 655-663, 2022.
5. AYRES, Annelise; JACINTO-SCUDEIRO, Lais Alves; OLCHIK, Maira Rozenfeld. Instrumentos de avaliação clínica para disfagia orofaríngea na doença de Parkinson: revisão sistemática. **Audiology-Communication Research**, v. 22, 2017.
6. BANDA, Kondwani Joseph et al. Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022.
7. BAIJENS, Laura WJ et al. European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Clinical interventions in aging**, v. 11, p. 1403, 2016.
8. BAKHTIYARI, Jalal et al. Translation, cross-cultural adaptation, validation and reliability of the northwestern dysphagia patient check sheet (NDPCS) in Iran. **Iranian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 30, n. 97, p. 97, 2018.
9. BASTOS, Cátia Alexandra Dias. MD Anderson Dysphagia Questionnaire: tradução e adaptação cultural para o português europeu. 2015.
10. BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
11. BLANAŘ, Vít et al. Dysphagia and factors associated with malnutrition risk: A 5-year multicentre study. **Journal of advanced nursing**, v. 75, n. 12, p. 3566-3576, 2019.
12. BURGOS, R. et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 6, p. 2048-2054, 2012.
13. CASTRO, Eugénia et al. Videoendoscopia da deglutição: Protocolo de avaliação. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, v. 50, n. 3, p. 197-204, 2012.
14. CHRISTMAS, Colleen; ROGUS-PULIA, Nicole. Swallowing disorders in the older population. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 12, p. 2643-2649, 2019.
15. CLAVÉ, Pere et al. Approaching oropharyngeal dysphagia. **Revista Espanola**

de Enfermedades Digestivas, v. 96, n. 2, p. 119-131, 2004.

16. CLAVÉ, P. et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 24, n. 9, p. 1385-1394, 2006.
17. CLAVÉ, Pere et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. **Clinical Nutrition**, v. 27, n. 6, p. 806-815, 2008.
18. CLAVÉ, Pere; SHAKER, Reza. Dysphagia: current reality and scope of the problem. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 12, n. 5, p. 259, 2015.
19. CURTIS, James A.; MOLFENTER, Sonja; TROCHE, Michelle S. Predictors of residue and airway invasion in Parkinson's disease. **Dysphagia**, v. 35, n. 2, p. 220-230, 2020.
20. CURTIS, James A. et al. Visual analysis of swallowing efficiency and safety (VASES): a standardized approach to rating pharyngeal residue, penetration, and aspiration during FEES. **Dysphagia**, v. 37, n. 2, p. 417-435, 2022.
21. DA SILVA, Nayara Ribeiro et al. Tradução e adaptação transcultural do "Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA)" para a língua portuguesa do Brasil. **Tradterm**, v. 39, p. 52-79, 2021.
22. DONZELLI, Joseph et al. Predictive value of accumulated oropharyngeal secretions for aspiration during video nasal endoscopic evaluation of the swallow. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, v. 112, n. 5, p. 469-475, 2003.
23. DYER, Jill C.; LESLIE, Paula; DRINNAN, Michael J. Objective computer-based assessment of valleculae residue—is it useful?. **Dysphagia**, v. 23, n. 1, p. 7-15, 2008.
24. EISENHUBER, Edith et al. Videofluoroscopic assessment of patients with dysphagia: pharyngeal retention is a predictive factor for aspiration. **American Journal of Roentgenology**, v. 178, n. 2, p. 393-398, 2002.
25. ETGES, Camila Lucia et al. Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2014. p. 343-349.
26. FATTORI, B. et al. Comparison between videofluoroscopy, fiberoptic endoscopy and scintigraphy for diagnosis of oro-pharyngeal dysphagia. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 36, n. 5, p. 395, 2016.
27. FAYERS, Peter M.; MACHIN, David. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. John Wiley & Sons, 2013.
28. FRAJKOVA, Zofia et al. Slovak Translation and Cross-Cultural Validation of the Eating Assessment Tool (EAT10). **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 19, p. 5966, 2022.
29. FREITAS, Saulo Emanuel Oliveira et al. A disfagia grave é comum na Doença de Parkinson e ocorre mesmo nos estágios iniciais: um estudo prospectivo de Coorte. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 3, p. 620-622, 2018.
30. FURKIM, Ana Maria et al. Tradução e adaptação transcultural do Modified Swallowing Assessment (MSA) para o português brasileiro. In: **CoDAS**.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2021.

31. FELIPINI, Leila Maria Gumushian et al. Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil dos questionários "Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL)" e "Quality of Care in Swallowing Disorders (SWAL-CARE)" para idosos com disfagia neurogênica. **Tradterm**, v. 41, p. 100- 126, 2022.
32. GARCIA-PERIS, P. et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. **Clinical nutrition**, v. 26, n. 6, p. 710-717, 2007.
33. GIRALDO-CADAVID, Luis Fernando et al. Accuracy of endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing for oropharyngeal dysphagia. **The Laryngoscope**, v. 127, n. 9, p. 2002-2010, 2017.
34. GIUSTI, Elisabete; BEFI-LOPES, Débora Maria. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, p. 207-210, 2008
35. GONÇALVES, Maria Inês Rebelo; REMAILI, Carla Bogossian; BEHLAU, Mara. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool-EAT-10. In: **Codas**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, p. 601-604. 2013
36. GOZZER, Marina Mendes et al. Achados videoendoscópicos da deglutição em diferentes consistências de alimento na Esclerose Lateral Amiotrófica. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.
37. GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
38. HEDSTRÖM, Johanna et al. Quality of care in dysphagia patients: adaptation and validation of the Swedish SWAL-CARE questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2020.
39. KANEOKA, Asako S. et al. The Boston residue and clearance scale: preliminary reliability and validity testing. **Folia Phoniatrica et Logopaedica**, v. 65, n. 6, p. 312-317, 2013.
40. KIM, Kang Lip et al. Airway invasion in non-neurologically ill patients with dysphagia: Contributing factors and associated problems during swallowing process. A retrospective observational study. **Medicine**, v. 99, n. 45, 2020.
41. KREBBERS, Iris et al. Affective Symptoms and Oropharyngeal Dysphagia in Head-and-Neck Cancer Patients: A Systematic Review. **Dysphagia**, p. 1-18, 2022.
42. LABEIT, Bendix et al. Comparison of simultaneous swallowing endoscopy and videofluoroscopy in neurogenic dysphagia. **Journal of the American Medical Directors Association**, 2021.
43. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 1988; 2:216-219
44. LANGMORE, Susan E. History of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing for evaluation and management of pharyngeal dysphagia: changes over the years. **Dysphagia**, v. 32, n. 1, p. 27-38, 2017.

45. LANGMORE, Susan E. et al. Tutorial on Clinical Practice for Use of the Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Procedure With Adult Populations: Part 1. **American journal of speech-language pathology**, v. 31, n. 1, p. 163-187, 2022.
46. LEAL, Soraia. **Tradução transcultural e adaptação do Eating Assessment Tool para a língua portuguesa em Angola**. 2015. Tese de Doutorado.
47. LOGEMANN, Jeri. Evaluation and treatment of swallowing disorders. **NSSLHA Journal**, n. 12, p. 38-50, 1984.
48. LOGEMANN, Jeri A.; VEIS, Sharon; COLANGELO, Laura. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**, v. 14, n. 1, p. 44-51, 1999.
49. MACHIDA, Nami et al. Effects of aging and sarcopenia on tongue pressure and jaw-opening force. **Geriatrics & gerontology international**, v. 17, n. 2, p. 295-301, 2017
50. MAGALHÃES JUNIOR, Hipólito Virgílio et al. Tradução e adaptação transcultural do Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet para o português brasileiro. 2013.
51. MAGALHÃES JUNIOR, Hipólito Virgílio; PERNAMBUCO, Leandro de Araújo. Screening para disfagia orofaríngea. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, p. 111-112. 2015
52. MANN, Giselle; HANKEY, Graeme J.; CAMERON, David. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. **Cerebrovascular diseases**, v. 10, n. 5, p. 380-386, 2000.
53. MARTIN-HARRIS, Bonnie; JONES, Bronwyn. The videofluorographic swallowing study. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, v. 19, n. 4, p. 769-785, 2008.
54. MENG, Nai-Hsin; WANG, Tyng-Guey; LIEN, I.-Nan. Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome. **American journal of physical medicine & rehabilitation**, v. 79, n. 2, p. 170-175, 2000.
55. MENG, Ping-ping et al. The occurrence rate of swallowing disorders after stroke patients in Asia: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 29, n. 10, p. 105113, 2020.
56. MEYER, Tanya K. et al. Residue influences quality of life independently of penetration and aspiration in head and neck cancer survivors. **The Laryngoscope**, v. 127, n. 7, p. 1615-1621, 2017.
57. MONTES-JOVELLAR, Lourdes et al. Translation and validation of the MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) for Spanish-speaking patients. **Head & Neck**, v. 41, n. 1, p. 122-129, 2019.
58. MURRAY, Joseph et al. The significance of accumulated oropharyngeal secretions and swallowing frequency in predicting aspiration. **Dysphagia**, v. 11, n. 2, p. 99-103, 1996.
59. NEUBAUER, Paul D.; RADEMAKER, Alfred W.; LEDER, Steven B. The yale pharyngeal residue severity rating scale: an anatomically defined and image-based tool. **Dysphagia**, v. 30, n. 5, p. 521-528, 2015.
60. NORDIO, Sara et al. The correlation between pharyngeal residue, penetration/aspiration and nutritional modality: a cross-sectional study in

- patients with neurogenic dysphagia. *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*, v. 40, n. 1, p. 38, 2020.
61. PEARSON, William G. et al. Image-based measurement of post-swallow residue: the normalized residue ratio scale. **Dysphagia**, v. 28, n. 2, p. 167-177, 2013.
 62. PERLMAN, Adrienne L.; BOOTH, B. M.; GRAYHACK, J. P. Videofluoroscopic predictors of aspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**, v. 9, n. 2, p. 90-95, 1994.
 63. PERNAMBUCO, Leandro et al. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.
 64. QUEIRÓS, Alexandra et al. Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS) Contribution to Adaptation and Validation of Eat Assessment Tool (EAT-10) and of Functional Oral Intake Scale (FOIS).
 65. QUEIROZ, Moisés Andrade dos Santos de; HAGUETTE, Renata Cavalcante Barbosa; HAGUETTE, Erik Frota. Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, p. 454-462, 2009.
 66. RAMA, Cristiane G. et al. Translation, cultural adaptation, reliability and validity of the Feeding/Swallowing Impact Survey (FS-IS) to Brazilian Portuguese. **Dysphagia**, v. 37m n. 5, p. 1226-1237, 2022.
 67. ROMERO-GANGONELLS, Elisabet et al. Evaluation of dysphagia in motor neuron disease. Review of available diagnostic tools and new perspectives. **Dysphagia**, v. 36, n. 4, p. 558-573, 2021.
 68. ROMMEL, Nathalie et al. Bolus residue scale: an easy-to-use and reliable videofluoroscopic analysis tool to score bolus residue in patients with dysphagia. **International journal of otolaryngology**, v. 2015, 2015.
 69. ROMMEL, Nathalie; HAMDY, Shaheen. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. **Nature reviews Gastroenterology & hepatology**, v. 13, n. 1, p. 49-59, 2016.
 70. SALES, Déborah Santos. Tradução e adaptação transcultural do questionário DYMUS de avaliação da disfagia na esclerose múltipla. Dissertação de Mestrado. 2010
 71. SANTOS, Luciana Avila dos. Eficácia e importância da avaliação clínica da deglutição. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**, 2015.
 72. SANTOS, Rarissa Rúbia Dallaqua dos et al. Associação entre presença de resíduos faríngeos e escape oral posterior e a ocorrência de penetração e aspiração no acidente vascular encefálico. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2014. p. 231-234.
 73. SERRA-PRAT M, Palomera M, Gomez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing*. 2012;41(3):376-81
 74. SHAPIRA-GALITZ, Yael et al. Correlation between pharyngeal residue and aspiration in fiber-optic endoscopic evaluation of swallowing: an observational

- study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 100, n. 3, p. 488- 494, 2019.
75. SHAPIRA-GALITZ, Yael et al. Translation and validation of the Dysphagia Handicap Index in Hebrew-speaking patients. **Dysphagia**, v. 34, n. 1, p. 63-72, 2019.
76. SOUZAM Valmi D.; ROJJANASRIRAT, Wilaiporn. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of evaluation in clinical practice**, V. 17, N. 2, P. 268-274, 2011.
77. SOUZA, Giovana Aparecida Dias de et al. Resíduos faríngeos nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.
78. SPINELLI, Kristine S.; EASTERLING, Caryn S.; SHAKER, Reza. Avaliação radiográfica de pacientes disfágicos complexos: comparação com a técnica videoendoscópica. **Current Gastroenterology Reports** , v. 4, n. 3, pág. 187-192, 2002.
79. STOKELY, Shauna L. et al. The relationship between pharyngeal constriction and post-swallow residue. **Dysphagia**, v. 30, n. 3, p. 349-356, 2015.
80. UMay, Ebru Karaca et al. The psychometric evaluation of the Turkish version of the Mann Assessment of Swallowing Ability in patients in the early period after stroke. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 48, n. 6, p. 1153-1161, 2018.
81. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Process of translation and adaptation of instruments [internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2017 October 12].
82. YOON, Jin A. et al. Correlations between aspiration and pharyngeal residue scale scores for fiberoptic endoscopic evaluation and videofluoroscopy. **Yonsei Medical Journal**, v. 60, n. 12, p. 1181-1186, 2019.

APÊNDICE 1

Quadro 1: Características do processo de tradução e retrotradução de instrumentos para disfagia orofaríngea.

AUTOR	INSTRUMENTO TRADUZIDO	METODOLOGIA UTILIZADA	ETAPAS DESCRITAS	LÍNGUA ORIGINAL/LÍNGUA DESTINO
SALES et al. (2010)	<i>Dysphagia in Multiple Sclerosis (DYMUS)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) + Beaton et al. (2000)	Tradução, Versão Consenso, Retrotradução, Comitê de Especialistas	Inglês/Português do Brasil
BURGOS et al. (2012)	<i>Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)</i>	Sem descrição	Tradução, Retrotradução, Adaptação	Inglês/Espanhol
QUEIRÓS et al. (2012)	<i>Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) e Funcional Oral Intake Scale (FOIS)</i>	Beaton et al. (2007)	Tradução e adaptação transcultural, Pré-teste e Versão final	Inglês/Português Europeu
MAGALHÃES-JÚNIOR ET AL. (2013)	<i>Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet (NDPCS)</i>	Peters & Passchier (2006)	Tradução, Retrotradução, Comitê de Especialistas e Aplicação	Inglês/Português Brasileiro
GUEDES ET AL. (2013)	<i>The M.D Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) + Beaton et al. (2000) e Peters & Passchier (2006)	Tradução, Versão Consenso, Retrotradução, Comparação com versão original	Inglês/Português Brasileiro
BASTOS (2015)	<i>The M.D Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)</i>	Beaton et al. (2000)	Preparação, Tradução, Retrotradução, Análise por peritos, Pré-teste e Versão final	Inglês/Português Europeu
LEAL (2015)	<i>Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993)	Tradução, Retroversão, Revisão por peritos e pré-teste	Inglês/Português
AYRES et al. (2016)	<i>Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) + Beaton et al. (2000) + Peters & Passchier (2006)	Tradução, Retrotradução, Análise e Versão final	Inglês/Português Brasileiro
UMAY et al. (2018)	<i>Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)</i>	Beaton et al. (2000)	Tradução, Retrotradução, Teste e Versão final	Inglês/Português Brasileiro
BAKHTIYARI et al. (2018)	<i>Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet (NDPCS)</i>	Beaton et al. (2000)	Tradução, Painel de especialistas, Retrotradução e Versão final	Inglês/Turco
SHAPIRA-GALITZ et al. (2019)	<i>Dysphagia Handicap Index (DHI)</i>	International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR)	Tradução, Versão Consenso, Retrotradução e Teste.	Inglês/Hebraico
MONTES-JOVELLAR et al. (2019)	<i>The M.D Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) + Terwee et al (2007) + European Regulatory Issues and	Tradução, Retrotradução, Versão Consenso e Aplicação	Inglês/Espanhol

		Quality of Life Assessment (ERIQA)		
HEDSTROM et al. (2020)	<i>Swallowing Quality of Care (SWAL-CARE)</i>	Fayers & Machin (2007) + OMS (2017) + Sousa (2011)	Tradução, Banca de Especialistas, Versão Consenso, Retrotradução e Estudo piloto	Inglês/Sueco
ANJOS et al. (2021)	<i>The Swallow Outcomes After Laryngectomy (SOAL)</i>	Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) + Beaton et al. (2000) + Pernambuco et al. (2017)	Tradução, Síntese, Comitê de Especialistas, Pré-teste, Retrotradução e Versão final	Inglês/Português Brasileiro
FURKIM et al. (2021)	<i>Modified Swallowing Assessment (MSA)</i>	Pernambuco et al. (2017)	Tradução, Síntese, Aplicação, Retrotradução e Versão final	Inglês/Português Brasileiro
SILVA et al. (2021)	<i>Modified Mann Swallowing Assessment (MMSA)</i>	Peters & Passchier (2006)	Tradução, Síntese, Retrotradução e Versão final	Inglês/Português Brasileiro
ATAR et al. (2022)	<i>Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPRSRS)</i>	Sem descrição	Tradução, retrotradução, Revisão por especialistas e Versão final	Inglês/Turco
FELIPINI et al. (2022)	<i>Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) e Quality of Care in Swallowing Disorders (SWAL-CARE)</i>	Beaton et al. (2000)	Tradução, Síntese, Retrotradução, Versão Prévia, Análise e Aplicação.	Inglês/Português Brasileiro
FRAJKOVA et al. (2022)	<i>Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)</i>	Sem descrição	Tradução, Versão Consenso e Retrotradução	Inglês/Eslovaco
RAMA et al. (2022)	<i>Feeding/Swallowing Impact Survey (FS-IS)</i>	Beaton et al. (2000)	Tradução, Versão consenso, Retrotradução, Versão consenso retrotraduzida e Comitê de Especialistas	Inglês/Português Brasileiro
GINOCCHIO et al. (2022)	<i>Dysphagia Handicap Index (DHI)</i>	Beaton et al. (2000)	Tradução, Síntese, Retrotradução, Revisão por Comitê de Especialistas e Versão final	Inglês/Italiano