UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

NAYARA RIBEIRO DA SILVA

**Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de
Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR**

BAURU
2019

NAYARA RIBEIRO DA SILVA

**Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de
Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos.

Versão corrigida

BAURU
2019

Ribeiro da Silva, Nayara
Tradução e adaptação transcultural para a língua
inglesa do Protocolo de Avaliação Miofuncional
Orofacial MBGR / Nayara Ribeiro da Silva. – Bauru,
2019.

234 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos.

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 84331318.4.0000.5417
Data: 08/05/2019

ERRATA

Janus

Universidade de São Paulo

ATA DE DEFESA

Aluno: 25143 - 10410820 - 1 / Página 1 de 1

Ata de defesa de Dissertação do(a) Senhor(a) Nayara Ribeiro da Silva no Programa: Fonoaudiologia, do(a) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Aos 31 dias do mês de maio de 2019, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação realizou-se a Defesa da Dissertação do(a) Senhor(a) Nayara Ribeiro da Silva, apresentada para a obtenção do título de Mestra intitulada:

"Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR "

Após declarada aberta a sessão, o(a) Sr(a) Presidente passa a palavra ao candidato para exposição e a seguir aos examinadores para as devidas arguições que se desenvolvem nos termos regimentais. Em seguida, a Comissão Julgadora proclama o resultado:

Nome dos Participantes da Banca	Função	Sigla da CPG	Resultado
Carlos Ferreira dos Santos	Presidente	FOB - USP	Não Votante
Lidia Cristina da Silva Teles	Titular	FOB - USP	Aprovado
Irene Queiroz Marchesan	Titular	Externo	Aprovado
Leila Maria Gumushian Felipini	Titular	USC - Externo	Aprovado

Resultado Final: Aprovado

Parecer da Comissão Julgadora *

Eu, Fatima Cassador Carvalho, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os(as) Senhores(as) examinadores. Bauru, aos 31 dias do mês de maio de 2019.

Lidia Cristina da Silva Teles

Irene Queiroz Marchesan

Leila Maria Gumushian Felipini

Carlos Ferreira dos Santos
Presidente da Comissão Julgadora

* Obs: Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.

A defesa foi homologada pela Comissão de Pós-Graduação em 11/06/2019 e, portanto, o(a) aluno(a) faz jus ao título de Mestra em Ciências obtido no Programa Fonoaudiologia - Área de concentração: Processos e Distúrbios da Comunicação.

Presidente da Comissão de Pós-Graduação

Prof.ª Dr.ª Izabel Regina Fischer Rubira de Bullen
Presidente da Comissão de Pós-Graduação
FOB-USP

DEDICATÓRIA

Munida da minha mais profunda gratidão,
dedico este trabalho aos meus pais, **Regiane** e
Márcio, e ao meu noivo, **Pedro**.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ser a minha fonte inesgotável de força espiritual.

Aos meus pais, **Regiane** e **Márcio**, meus maiores exemplos de determinação, de dignidade, de caráter e de honestidade, pelo apoio, incentivo e amor incondicionais. Meus sucessos são e sempre serão divididos com vocês!

Ao meu noivo, **Pedro**, por todos os dias de tanto amor, carinho e cuidado e por sempre me ajudar a lidar com tantas crises de estresse e de ansiedade.

À minha família, sinônimo de amor e de união, por entender as minhas ausências, apoiar as minhas escolhas e celebrar comigo cada uma das minhas conquistas.

Ao meu orientador, **Carlos Ferreira dos Santos**, meu mais nobre exemplo de profissionalismo e de altruísmo, pelo apoio e confiança e, principalmente, por acreditar em mim quando eu mesma não acreditei. Obrigada pela sua generosidade, por dividir comigo o seu conhecimento, a sua ética e a sua humildade.

Aos meus professores da Universidade do Sagrado Coração, da Faculdade de Odontologia de Bauru e da Universidade do Sul da Flórida, em especial à **Giédre Berretin-Felix**, à **Leila Maria Gumushian Felipini**, à **Patrícia Viana Belam**, à **Michelle Suzanne Bourgeois** e ao **Howard Goldstein**, por serem inspiração e por todo o conhecimento compartilhado.

Aos meus colegas tradutores, **Amanda Salimon** e **Rodolpho Camargo**, pela excepcional parceria.

Aos fonoaudiólogos brasileiros, em especial à **Deborah Viviane Ferrari** e à **Melina Evangelista Whitaker**, por me guiarem no desconhecido caminho da Fonoaudiologia, e aos fonoaudiólogos norte-americanos, por colaborarem tão diretamente para a qualidade do produto final deste estudo.

Aos funcionários da **Faculdade de Odontologia de Bauru**, em especial ao **Thiago José Dionísio** e à **Elza Araújo Torres**, por se disporem a me auxiliar com as burocracias da academia.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da Bolsa no País (processo de número: 2017/10529-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP) e da Bolsa Estágio de Pesquisa no Exterior (BEPE) (processo de número: 2018/07836-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP), indispensáveis para a realização desta pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Words [...] they are the wildest, freest, most irresponsible, and most unteachable of all things. Of course, you can catch them and sort them and place them in alphabetical order in dictionaries. But words do not live in dictionaries; they live in the mind. If you want proof of this, consider how often in moments of emotion when we most need words, we find none. Yet there is the dictionary; there at our disposal are some half-a-million words all in alphabetical order. But can we use them? No, because words do not live in dictionaries, they live in the mind.”

Virginia Woolf

RESUMO

O Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR foi desenvolvido em língua portuguesa do Brasil para que fonoaudiólogos pudessem avaliar e diagnosticar os distúrbios miofuncionais orofaciais na população falante do mesmo idioma. Tendo em vista a ampla utilização do Protocolo MBGR na prática clínica e em trabalhos científicos, a imprescindibilidade da atuação de tradutores profissionais durante a realização de toda tarefa tradutória, a existência de estudos na literatura que recomendam diretrizes específicas para o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação clínica e a prevalência da língua inglesa norte-americana na divulgação e na disseminação do conhecimento técnico-científico, o estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente o Protocolo MBGR atualizado da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana, de acordo com as diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos propostas por Beaton et al. (2000), visando à divulgação e à disseminação, em escala global, do instrumento e do conhecimento técnico-científico em Fonoaudiologia, especificamente em Motricidade Orofacial, produzido no Brasil. As diretrizes de Beaton et al. (2000) preconizam seis etapas: (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação ao comitê. Na primeira etapa, duas traduções para a língua inglesa foram elaboradas por dois tradutores nativos de língua inglesa. Na segunda etapa, estas duas traduções foram compiladas e uma versão síntese foi estabelecida. Na terceira etapa, a versão síntese foi retrotraduzida para a língua portuguesa do Brasil por dois tradutores nativos de língua portuguesa. Na quarta etapa, tradutores, retrotradutores e fonoaudiólogos, estabeleceram a versão pré-final do instrumento em língua inglesa a ser testada em campo; cada participante da banca atribuiu uma pontuação de 1 a 4 (1 = item não equivalente, 2 = item necessita de grandes alterações, 3 = item necessita de pequenas alterações e 4 = item equivalente) para cada item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo, com a finalidade de medir a porcentagem de especialistas em concordância sobre os itens do instrumento. Na quinta etapa, realizada em parceria com a Universidade do Sul da Flórida, aconteceram os testes para que a versão final do instrumento em língua inglesa norte-americana fosse estabelecida; na primeira fase do pré-teste, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa foi analisada e avaliada por 15 fonoaudiólogos norte-americanos, com o objetivo de verificar a qualidade e a clareza da tradução e adaptação transcultural do instrumento; na segunda fase do pré-teste, a

versão pré-final Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir das análises e avaliações da primeira fase foi reanalisada e reavaliada por outros cinco fonoaudiólogos norte-americanos, com o objetivo de verificar a qualidade e a clareza da tradução e adaptação transcultural do instrumento; em ambas as fases, os fonoaudiólogos norte-americanos foram instruídos à (1) grifarem itens do Protocolo MBGR em língua inglesa que, para eles, não faziam nenhum sentido, (2) grifarem itens do Protocolo MBGR em língua inglesa que, para eles, faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica e (3) comentarem o porquê grifaram cada item. Na sexta etapa, os relatórios pertinentes de todas as etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento foram apresentados a um comitê. O título do instrumento traduzido para a língua inglesa norte-americana é “*MBGR Protocol*”. Para o diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais em populações falantes de língua inglesa norte-americana, recomenda-se que o “*MBGR Protocol*” tenha suas propriedades psicométricas validadas.

Palavras-chave: Tradução. Adaptação Transcultural. Diagnóstico. Motricidade Orofacial. Protocolo MBGR.

ABSTRACT

TRANSLATION AND CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE “*PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR*” INTO THE ENGLISH LANGUAGE

The “*Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR*” was developed in the Brazilian Portuguese language to assess and diagnose orofacial myofunctional disorders in the Brazilian Portuguese-speaking population. Considering its extensive use in clinical practice and in scientific studies, the indispensability of participation of professional translators in every translation procedure, the existence of studies in the literature that recommend specific guidelines for the process of translation and cross-cultural adaptation of health-related instruments, and the prevalence of the North American English language in the dissemination of technical and scientific knowledge, the objective of this study was to perform the translation and cross-cultural adaptation of the updated “*Protocolo MBGR*” from the Brazilian Portuguese language into the North American English language according to the guidelines for translation and cross-cultural adaptation of health-related instruments proposed by Beaton et al. (2000), aiming at the dissemination of both the updated “*Protocolo MBGR*” and the technical and scientific knowledge in Speech-Language Pathology area, specifically in the Orofacial Myology area, produced in Brazil. The guidelines proposed by Beaton et al. (2000) recommend six steps: (1) translations, (2) synthesis of translations, (3) back translations, (4) expert committee, (5) pretests, and (6) submission of the documentation to a coordinating committee. In the first step, two translations into English were done by two different native English-speaking translators. In the second step, these two translations were compiled in order to reach a synthesis version. In the third step, the synthesis version of the translations was back-translated into Portuguese by two native Portuguese-speaking translators. In the fourth step, translators, back translators, and other specialists, including Speech-Language Pathologists, established the pre-final English version of the “*Protocolo MBGR*” to be tested; each participant scored from 1 to 4 (1 = not relevant, 2 = somewhat relevant, 3 = quite relevant, 4 = highly relevant) each item of the pre-final English version of the “*Protocolo MBGR*” according to the Content Validity Index (CVI), in order to measure the percentage of experts who were in agreement with the translation of the items. In the fifth step, which was held at the University of South Florida, tests were performed in order to establish the final English version of the “*Protocolo MBGR*”. In the first phase of the pretesting, the pre-final English version of the

“Protocolo MBGR” was analyzed and evaluated by 15 North American Speech-Language Pathologists in order to verify the quality and clarity of its translation and cross-cultural adaptation; in the second phase of the pretesting, the pre-final English version of the *“Protocolo MBGR”* readjusted from the analyzes and evaluations of the first phase of the pretesting was re-analyzed and re-evaluated by five other North American Speech-Language Pathologists in order to verify the quality and clarity of its translation and cross-cultural adaptation. In both phases, the North American Speech-Language Pathologists were asked to (1) highlight the items of the *“Protocolo MBGR”* that did not make sense to them at all; (2) highlight the items of the *“Protocolo MBGR”* that made sense to them, but sounded weird or unusual considering the context of a clinical assessment, and (3) write a comment explaining why they had highlighted such items. In the sixth step, all reports of all steps of the translation and cross-cultural adaptation process were presented to a coordinating committee. The *“Protocolo MBGR”* translated title is “MBGR Protocol”. It is highly recommended that the “MBGR Protocol” have its psychometric properties validated for the diagnosis of the orofacial myofunctional disorders in the English-speaking population.

Keywords: Translation (Process). Cross-cultural Adaptation. Stomatognathic System. Diagnoses. MBGR Protocol.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Os 10 primeiros periódicos da área de Fonoaudiologia do <i>2017 Journal Citation Reports</i> .	46
Quadro 2: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) item não traduzido e (3) sinônimos.	88
Quadro 3: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.	89
Quadro 4: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo, (5) reconstrução de período, (6) tempo verbal diferente e (7) uso (ou não) de preposição.	91
Quadro 5: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de tradução.	91
Quadro 6: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não traduzido.	94
Quadro 7: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.	96
Quadro 8: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo e (5) uso (ou não) de artigo.	97
Quadro 9: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (6) erro de tradução.	97
Quadro 10: Exemplos de itens da história clínica reajustados na T12.	101
Quadro 11: Exemplos de itens do exame clínico reajustados na T12.	104
Quadro 12: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não retrotraduzido.	107
Quadro 13: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (4) retrotradução não equivalente.	108
Quadro 14: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente e (5) uso de preposição diferente.	109

Quadro 15: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto e (2) sinônimos.	112
Quadro 16: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (3) retrotradução não equivalente.	113
Quadro 17: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente, (5) pontuação, (6) uso de preposição diferente e (7) uso (ou não) de preposição.	115
Quadro 18: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de retrotradução.	116
Quadro 19: Exemplos de itens da história clínica com máxima pontuação do IVC cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	118
Quadro 20: Exemplos de itens da história clínica que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	119
Quadro 21: Exemplos de itens da história clínica que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	120
Quadro 22: Exemplos de itens do exame clínico com máxima pontuação cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	123
Quadro 23: Exemplos de itens do exame clínico que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	124
Quadro 24: Exemplos de itens do exame clínico que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.	125
Quadro 25: Exemplos de itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.	131
Quadro 26: Exemplos de itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.	136
Quadro 27: Exemplos de itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.	138
Quadro 28: Exemplos de itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.	140
Quadro 29: Itens da história clínica do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.	141
Quadro 30: Itens do exame clínico do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.	143

Quadro 31: Frases da prova de repetição de frases do exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR adaptadas da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Síntese de dados da etapa de tradução da história clínica.	85
Fluxograma 2: Síntese de dados da etapa de tradução do exame clínico.	92
Fluxograma 3: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções da história clínica.	98
Fluxograma 4: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções do exame clínico.	101
Fluxograma 5: Síntese de dados da etapa de retrotradução da história clínica.	105
Fluxograma 6: Síntese de dados da etapa de retrotradução do exame clínico.	110
Fluxograma 7: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas da história clínica.	117
Fluxograma 8: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas do exame clínico.	121
Fluxograma 9: Síntese de dados da etapa de tradução.	148
Fluxograma 10: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções.	151
Fluxograma 11: Síntese de dados da etapa de retrotradução.	153
Fluxograma 12: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas.	157

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMIOFE	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores
AMIOFE Informatizado	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado
AMIOFE-A	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Ampliado
AMIOFE-I	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores para Idosos
DTM	Desordem Temporomandibular
EUA	Estados Unidos da América
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MBGR	Marchesan, Berretin-Felix, Genaro, Rehder
NOT-S	<i>The Nordic Orofacial Test – Screening</i>
RT1	Retrotradução I
RT2	Retrotradução II
T1	Tradução I
T12	Síntese das Traduções I e II
T2	Tradução II
USF	Universidade do Sul da Flórida - <i>University of South Florida</i>

SUMÁRIO

RESUMO	19
ABSTRACT	23
LISTA DE QUADROS	27
LISTA DE FLUXOGRAMAS	33
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	35
SUMÁRIO	37
1 INTRODUÇÃO	43
2 REVISÃO DE LITERATURA	51
2.1 <i>AValiação CLÍNICA EM MOTRICIDADE OROFACIAL</i>	51
2.1.1 Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR	54
2.2 <i>OS CONCEITOS DE “TRADUÇÃO” E “ADAPTAÇÃO” A PARTIR DA EXPLORAÇÃO E INTEGRAÇÃO CIENTÍFICA DE DUAS ÁREAS DISTINTAS DO CONHECIMENTO: TRADUÇÃO E SAÚDE</i>	56
2.3 <i>TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DA ÁREA DA SAÚDE</i>	58
2.3.1 Competência tradutória	58
2.3.2 Diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde	59
3 PROPOSIÇÃO	65
3.1 <i>OBJETIVOS</i>	65
4 MATERIAL E MÉTODOS	69
4.1 <i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	69
4.2 <i>TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR ATUALIZADO</i>	69
4.2.1 Tradução	69
4.2.2 Síntese das traduções	71
4.2.3 Retrotradução	72
4.2.4 Banca de especialistas	73
4.2.5 Pré-teste	76
4.2.6 Submissão da documentação ao comitê	79

<i>4.3 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES</i>	80
5 RESULTADOS	85
<i>5.1 O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR ATUALIZADO</i>	85
5.1.1 Tradução	85
5.1.2 Síntese das traduções	97
5.1.3 Retrotradução	105
5.1.4 Banca de especialistas	116
5.1.5 Pré-teste	125
5.1.6 Submissão da documentação ao comitê	141
<i>5.2 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES</i>	143
6 DISCUSSÃO	147
<i>6.1 O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA A LÍNGUA INGLESA DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR</i>	147
6.2.1 Tradução	147
6.2.2 Síntese das traduções	151
6.2.3 Retrotradução	153
6.2.4 Banca de especialistas	155
6.2.5 Pré-teste	159
6.2.6 Submissão da documentação ao comitê	163
<i>6.2 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES</i>	164
<i>6.3 A DIRECIONALIDADE EM TRADUÇÃO</i>	165
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS	173
ANEXOS	185
APÊNDICES	209

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A Motricidade Orofacial tem como objetivo principal estabelecer o equilíbrio do sistema estomatognático (FERNANDES NETO et al., 2008). O sistema estomatognático é uma entidade fisiológica complexa e funcional, definida e integrada por um conjunto heterogêneo de sistemas, órgãos, tecidos e estruturas (FERNANDES NETO et al., 2008), responsável por executar funções como fonação, mastigação, respiração e deglutição (FELÍCIO et al., 2015). Qualquer alteração nas funções estomatognáticas e nos sistemas, órgãos, tecidos e estruturas orofaciais é definida como “distúrbio miofuncional orofacial” (FELÍCIO et al., 2012).

A avaliação clínica em Motricidade Orofacial é fundamental para o processo de diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais, uma vez que viabiliza a compreensão das condições anatômicas e funcionais do sistema estomatognático (FOLHA, 2010; FELÍCIO et al., 2010; FELÍCIO; MEDEIROS; MELCHIOR, 2012; ERCOLIN et al., 2013). A avaliação clínica perceptiva, apesar de ser importante, apresenta certas limitações devido à sua subjetividade (FELÍCIO; FERREIRA, 2008). Sendo assim, recomenda-se o uso de instrumentos de avaliação clínica que possibilitem relacionar as condições miofuncionais orofaciais à escores ou à escalas numéricas, visto que estes asseguram a redução da subjetividade do exame e facilitam o acompanhamento da evolução do caso ao longo do tratamento (FELÍCIO; FERREIRA, 2008; GENARO et al., 2009; BUENO, 2014).

Nesse sentido, em 2009, o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR (Marchesan, Berretin-Felix, Genaro, Rehder) foi desenvolvido para que fonoaudiólogos pudessem avaliar e diagnosticar os distúrbios miofuncionais orofaciais em crianças, jovens e adultos no Brasil (GENARO et al., 2009; MARCHESAN et al., 2014).

O Protocolo MBGR tem sido utilizado para identificar as alterações das funções orofaciais em lactentes e pré-escolares com desenvolvimento normal (ROSAL; CORDEIRO; QUEIROGA, 2013) e com atraso no desenvolvimento (GIACCHINI; TONIAL; MOTA, 2013); em crianças com fissura labiopalatina operada (MODOLO, 2012), com respiração oral (ANDRADA E SILVA et al., 2012; MELO et al., 2013), com disfunção temporomandibular (DTM) (PIZOLATO; FREITAS-FERNANDES; GAVIÃO, 2013) e com sobrepeso ou obesidade (JANOCA et al., 2013); em indivíduos com hábitos orais deletérios e má oclusão (JOHANNES et al., 2011); em adultos com deformidade dentofacial (SILVA, 2013; SOVINSKI

et al., 2016) e usuários de prótese total superior mucossuportada (BRITO, 2010). E, em 2014, o instrumento foi validado para adultos com DTM (BUENO, 2014).

Em 2012, o Protocolo MBGR foi traduzido da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana (MARCHESAN; BERRETIN-FELIX; GENARO, 2012). Essa tradução foi realizada pelos próprios autores do instrumento original, contando, portanto, com a participação e com o conhecimento linguístico de profissionais fonoaudiólogos bilíngues, sem o respaldo de uma diretriz específica para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde (tradução não sistematizada).

No domínio dos Estudos da Tradução, entretanto, Hurtado Albir (2001) e Pagano, Magalhães e Alves (2005) destacam a imprescindibilidade da atuação de tradutores durante a realização de toda tarefa tradutória, pois, embora qualquer falante bilíngue possua competência bilíngue no par de línguas em que se comunica, nem todo falante bilíngue possui competência tradutória. Hurtado Albir (2005) explica que a competência tradutória é um conhecimento especializado, integrado por um conjunto de habilidades específicas, que singulariza o tradutor e o diferencia de outros falantes bilíngues não-tradutores.

Além disso, segundo Silva e Felipini (2018), historicamente, a tradução literal e não sistematizada do original já foi o procedimento adotado como “processo” para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde desenvolvidos em outros idiomas (NASCIMENTO, 1997; ORLANDI; BEVILACQUA, 1999; CATISQUINI; BEVILACQUA, 2000; FELÍCIO; FERREIRA, 2008; ZOCOLI; MORATA; MARQUES, 2009; MORETI et al., 2011; SOUZA et al., 2011; FORTUNATO-TAVARES et al., 2012; RODRIGUES; LEAL, 2013); há algum tempo, porém, pesquisadores e estudiosos (BADIA; ALONSO, 1995; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; WILD et al., 2005; PETERS; PASSCHIER, 2006; REICHENHEIM; MORAES, 2007; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012) vêm sugerindo que o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde seja uma combinação da tradução literal de palavras de um idioma para o outro com a adaptação meticulosa do texto de partida para o contexto cultural e estilo de vida do receptor do texto de chegada e corroboram com Pagano, Magalhães e Alves (2005) ao destacarem a imprescindibilidade da atuação de tradutores durante a realização de toda tarefa tradutória.

Sendo assim, alguns conjuntos de diretrizes específicas para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde são propostos na literatura.

As diretrizes propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2000), por exemplo, reiteram que o processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento clínico deve ser uma combinação da tradução literal de palavras de um idioma para o outro com a adaptação meticulosa do texto de partida para o contexto cultural e o estilo de vida do receptor do texto de chegada.

As diretrizes propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) preconizam cinco etapas para o processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de avaliação clínica, sendo (1) tradução, (2) retrotradução, (3) comitê de revisão, (4) pré-teste e (5) possível adaptação dos pesos das pontuações para os casos em que o instrumento conta com a possibilidade de atribuição de escores. As diretrizes de Beaton et al. (2000) preconizam seis etapas, sendo (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação aos autores/comitê.

Para o processo de tradução e adaptação transcultural do *The Nordic Orofacial Test - Screening* (NOT-S) (BAKKE et al., 2007) (outro instrumento clínico da área de Motricidade Orofacial) para a língua portuguesa do Brasil, por exemplo, Leme, Barbosa e Gavião (2011) seguiram as etapas recomendadas nas diretrizes propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). É preciso ressaltar que, apesar do instrumento ter sido originalmente desenvolvido e testado em língua sueca, para o processo de tradução e adaptação transcultural do *The Nordic Orofacial Test - Screening* para a língua portuguesa do Brasil, Leme, Barbosa e Gavião (2011) utilizaram a versão do instrumento traduzida da língua sueca para a língua inglesa norte-americana como texto de partida.

É possível inferir, portanto, que o devido processo de tradução e adaptação transcultural do *The Nordic Orofacial Test - Screening* da língua sueca para a língua inglesa norte-americana contribuiu direta e significativamente para a divulgação, a visibilidade, a acessibilidade e a disseminação, em escala global, do instrumento e do conhecimento técnico-científico produzido na Suécia.

De acordo com Salimon (2018), isso pode ser explicado devido a divulgação e a disseminação do conhecimento técnico-científico produzido na área da Saúde, nas diferentes

partes do mundo, ser feita por meio de artigos em periódicos que, por sua vez, são hegemonicamente escritos e publicados em língua inglesa.

Na área de Fonoaudiologia, se considerarmos o fator de impacto¹ dos periódicos cadastrados na base de dados *Web of Science*, é possível constatar que aqueles mais bem posicionados no *2017 Journal Citation Reports* são escritos em língua inglesa, conforme demonstra o Quadro 1.

Ranking	Título do periódico	Fator de impacto	País de publicação
1	<i>Ear and Hearing</i>	3,120	Estados Unidos da América
2	<i>Brain and Language</i>	2,851	Estados Unidos da América
3	<i>Hearing Research</i>	2,824	Países Baixos
4	<i>Augmentative and Alternative Communication</i>	2,137	Estados Unidos da América
5	<i>Language Cognition and Neuroscience</i>	2,086	Inglaterra
6	<i>Audiology and Neuro-Otology</i>	2,078	Estados Unidos da América
7	<i>Journal of Speech Language and Hearing Research</i>	1,906	Estados Unidos da América
8	<i>Noise & Health</i>	1,842	Inglaterra
9	<i>Trends in Hearing</i>	1,808	Estados Unidos da América
10	<i>International Journal of Audiology</i>	1,759	Canadá

Quadro 1: Os 10 primeiros periódicos da área de Fonoaudiologia do *2017 Journal Citation Reports*.

O periódico *Ear and Hearing*, por exemplo, em sua primeira edição de 2019, além de apresentar artigos de autores filiados à instituições do próprio país (Estados Unidos da América), também apresenta artigos de autores filiados à instituições dos Países Baixos, do Reino Unido, do Japão, da Dinamarca, da França, da Alemanha, da Austrália, da Suécia, da África do Sul e da Índia (EAR AND HEARING, 2019). Para a submissão de artigos no periódico, entretanto, todos os autores são orientados a escrever utilizando a variável norte-americana da língua inglesa (EAR AND HEARING, 2019).

Partindo do exposto acima, o presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR atualizado (BERRETIN-FELIX; GENARO; MARCHESAN, 2019) da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana, de acordo com as diretrizes para tradução e adaptação

¹ O Fator de Impacto (FI), ou Impact Factor (IF) como foi originalmente nomeado, é a principal métrica utilizada para avaliar os periódicos científicos por todo o mundo ao contabilizar as citações recebidas. Por meio dos periódicos da base *Web of Science*, o *Journal Citation Reports*, publicado pela *Clarivate Analytics*, calcula o fator de impacto de um periódico somando todas as citações que ele recebeu nos dois anos anteriores dentro da coleção dividido pelo total de artigos publicados no mesmo período.

transcultural de instrumentos propostas por Beaton et al. (2000), visando à divulgação e à disseminação, em escala global, do instrumento e do conhecimento técnico-científico em Fonoaudiologia, especificamente em Motricidade Orofacial, produzido no Brasil.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é composto por três seções. A primeira seção conceitua, brevemente, “Motricidade Orofacial”, explica a importância da avaliação clínica para esse campo da Fonoaudiologia e lista os principais instrumentos clínicos da área disponíveis para uso no Brasil, incluindo o objeto de estudo desta pesquisa, o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR atualizado (BERRETIN-FELIX; GENARO; MARCHESAN, 2019). A segunda, conceitua os termos “tradução” e “adaptação” a partir da exploração e da integração científica de duas áreas distintas do conhecimento: Tradução e Saúde. A terceira, apresenta as diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde propostas por Beaton et al. (2000).

2.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA EM MOTRICIDADE OROFACIAL

A Motricidade Orofacial é definida como campo da Fonoaudiologia voltado para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006) e tem como objetivo principal estabelecer o equilíbrio do sistema estomatognático (FERNANDES NETO et al., 2008).

O sistema estomatognático é uma entidade fisiológica complexa e funcional, definida e integrada por um conjunto heterogêneo de sistemas, órgãos, tecidos e estruturas (FERNANDES NETO et al., 2008), compreendida por ossos, nervos, músculos, articulações e dentes (GARCIA; OLIVEIRA, 2011), permeada por vasos sanguíneos, vasos linfáticos e fibras nervosas (TAMBELI, 2014), responsável por executar funções como fonação, mastigação, respiração e deglutição (FELÍCIO et al., 2015). Qualquer alteração nas funções estomatognáticas e nos sistemas, órgãos, tecidos e estruturas orofaciais é definida como “distúrbio miofuncional orofacial” (FELÍCIO et al., 2012).

A avaliação clínica em Motricidade Orofacial é fundamental para o processo de diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais, uma vez que viabiliza a compreensão das condições anatômicas e funcionais do sistema estomatognático (FOLHA, 2010; FELÍCIO et

al., 2010; FELÍCIO; MEDEIROS; MELCHIOR, 2012; ERCOLIN et al., 2013). A avaliação clínica perceptiva, apesar de ser importante, apresenta certas limitações devido à sua subjetividade (FELÍCIO; FERREIRA, 2008). Sendo assim, recomenda-se o uso de instrumentos de avaliação clínica que possibilitem relacionar as condições miofuncionais orofaciais à escores ou à escalas numéricas, uma vez que estes asseguram a redução da subjetividade do exame e facilitam o acompanhamento da evolução do caso ao longo do tratamento (FELÍCIO; FERREIRA, 2008; GENARO et al., 2009; BERRETIN-FELIX et al., 2013; BUENO, 2014).

Uma triagem miofuncional orofacial padronizada e abrangente pode não apenas revelar distúrbios miofuncionais orofaciais em um indivíduo mas também identificar o tipo e a frequência de distúrbios miofuncionais orofaciais em diferentes síndromes, doenças e faixas etárias (BAKKE et al., 2007).

Nesse sentido, alguns instrumentos que possibilitam relacionar as condições miofuncionais orofaciais à escores ou à escalas numéricas foram desenvolvidos com a finalidade de avaliar e diagnosticar os distúrbios miofuncionais orofaciais.

Em 2007, na Suécia, um teste de rastreio para crianças e adultos, denominado ***The Nordic Orofacial Test - Screening*** (NOT-S) (BAKKE et al., 2007), foi desenvolvido e validado com o objetivo de identificar alterações no sistema estomatognático em pacientes com dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

O *The Nordic Orofacial Test - Screening* é composto por uma entrevista estruturada e um exame clínico, ambos de fácil e rápida administração, e por um manual de tarefas ilustrado. Na entrevista estruturada, são avaliados os domínios (1) função sensorial, (2) respiração, (3) hábitos, (4) mastigação e deglutição, (5) salivação e (6) secura da boca. No exame clínico, são avaliados os domínios (1) face em repouso, (2) respiração nasal, (3) expressão facial, (4) músculos mastigatórios e função mandibular, (5) função motora oral e (6) fala. Cada domínio tem de um a cinco itens, classificados numa escala dicotômica de “não” ou “sim”, sendo “sim” o indicativo de disfunção. Recebe um ponto cada domínio em que ao menos uma alteração for observada. Sendo assim, os escores do NOT-S variam de zero a 12, sendo 12 o pior resultado.

O instrumento foi originalmente desenvolvido e testado na língua sueca e, atualmente, tem versões disponíveis em 18 idiomas diferentes, incluindo as línguas nórdicas (dinamarquês, finlandês, islandês e norueguês), o chinês, o inglês e o português do Brasil.

Para o processo de tradução e adaptação transcultural do *The Nordic Orofacial Test - Screening* (NOT-S) para a língua portuguesa do Brasil, Leme, Barbosa e Gavião (2011) utilizaram a versão do instrumento traduzida da língua sueca para a língua inglesa norte-americana como texto de partida e seguiram as etapas sugeridas nas diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), sendo (1) tradução, (2) retrotradução, (3) comitê de revisão, (4) pré-teste e (5) possível adaptação dos pesos das pontuações.

Em 2008, o **Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores - AMIOFE** foi desenvolvido e validado para que fonoaudiólogos pudessem avaliar os distúrbios miofuncionais orofaciais em crianças no Brasil (FELÍCIO; FERREIRA, 2008).

O AMIOFE avalia mandíbula, bochechas, face, língua, palato e aparência e condição postural dos lábios; além das funções de respiração, mastigação e deglutição. O instrumento indica não apenas a presença ou a ausência, mas também o grau do distúrbio miofuncional orofacial. Cada domínio avaliado recebe um escore que varia de zero a três pontos, sendo que a soma de todos os escores pode totalizar 103 pontos, considerado o melhor resultado.

O Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores - AMIOFE já vinha sendo utilizado para diagnosticar e acompanhar a evolução de caso de jovens e adultos com desordem temporomandibular (DTM), mas não era validado para essa população. Em 2011, então, o AMIOFE foi validado para jovens e adultos, de 13 a 63 anos de idade, com DTM (MEDEIROS, 2011).

Em 2010, o AMIOFE foi ampliado, validado e denominado **Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Ampliado - AMIOFE-A** (FELÍCIO et al., 2010). Nessa versão, o número de domínios avaliados e a amplitude dos escores do instrumento foram ampliados, visando à maior precisão diagnóstica.

Em 2012, o **Protocolo Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores para Idosos - AMIOFE-I** foi desenvolvido e validado com a finalidade de identificar, classificar e graduar, com base em escores, as condições musculares e funcionais das estruturas orofaciais de idosos,

especificamente (LIMA, 2012; FELÍCIO et al., 2017). O protocolo previamente ampliado (AMIOFE-A) (FELÍCIO et al., 2010) foi a base para o desenvolvimento do protocolo AMIOFE-I.

Em 2014, o AMIOFE foi informatizado e denominado **Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Informatizado** (FELÍCIO et al., 2014). No AMIOFE Informatizado, foram mantidas as características da versão do instrumento original e, consequentemente, as suas propriedades psicométricas.

O AMIOFE (FELÍCIO; FERREIRA, 2008) foi originalmente desenvolvido e testado em língua portuguesa do Brasil e, atualmente, tem versões disponíveis em língua inglesa (FELÍCIO; FERREIRA, 2008) e em língua italiana (FELÍCIO et al., 2015).

A versão do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores - AMIOFE em língua inglesa (FELÍCIO; FERREIRA, 2008) foi desenvolvida pelos próprios autores do instrumento original. Presume-se que, por esse motivo, não há registros na literatura que descrevam o processo de tradução e adaptação transcultural do AMIOFE da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa.

Para o processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento para a língua italiana, entretanto, Felício et al. (2015) utilizaram a versão do AMIOFE traduzida da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa como texto de partida e seguiram as etapas de (1) tradução, (2) reconciliação (síntese das traduções), (3) comitê de especialistas, (4) retrotradução, (5) submissão da documentação aos autores e (6) testes-piloto; os autores citaram as diretrizes de Beaton et al. (2000), Wild et al. (2005) e de Peters e Passchier (2006) como referência.

2.1.1 Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR

Em 2009, o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR (Marchesan, Berretin-Felix, Genaro, Rehder) foi desenvolvido para que fonoaudiólogos pudessem avaliar e diagnosticar os distúrbios miofuncionais orofaciais em crianças, jovens e adultos no Brasil (GENARO et al., 2009; MARCHESAN et al., 2014).

O Protocolo MBGR é composto de história clínica miofuncional orofacial e exame clínico miofuncional orofacial com escores (GENARO et al., 2009; BERRETIN-FELIX; GENARO; MARCHESAN, 2019). A história clínica prepara um levantamento de dados do paciente, buscando investigar escolaridade, queixas, antecedentes familiares, intercorrências, hábitos orais, desenvolvimento motor, dificuldades motoras, problemas respiratórios, tratamentos já realizados e características do sono, da alimentação, da mastigação, da deglutição, da fala, da voz e da audição. Já o exame clínico com escores abarca avaliação da postura da cabeça e dos ombros, da face, do movimento mandibular, da oclusão, das bochechas, da língua, do palato, das tonsilas palatinas, dos dentes, da mobilidade, da tonicidade, da dor à palpação, da respiração, da mastigação, da deglutição, da voz e da fala; além disso, inclui uma proposta de documentação de fotografias e vídeos para análise posterior.

O instrumento tem sido utilizado para identificar as alterações das funções orofaciais em lactentes e pré-escolares com desenvolvimento normal (ROSAL; CORDEIRO; QUEIROGA, 2013) e com atraso no desenvolvimento (GIACCHINI; TONIAL; MOTA, 2013); em crianças com fissura labiopalatina operada (MODOLO, 2012), com respiração oral (ANDRADA E SILVA et al., 2012; MELO et al., 2013), com desordem temporomandibular (DTM) (PIZOLATO; FREITAS-FERNANDES; GAVIÃO, 2013) e com sobrepeso ou obesidade (JANOCA et al., 2013); em indivíduos com hábitos orais deletérios e má oclusão (JOHANNES et al., 2011); em adultos com deformidade dentofacial (SILVA, 2013; SOVINSKI et al., 2016) e usuários de prótese total superior mucossuportada (BRITO, 2010).

O Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR também tem sido administrado para investigar a relação entre o controle motor oral e as funções orofaciais em indivíduos com deformidades dentofaciais (PRADO et al., 2015), a correlação entre as alterações de motricidade orofacial e as manifestações clínicas da doença em indivíduos com neurofibromatose (SILVA; SANTOS; REZENDE, 2015) e a eficácia da intervenção fonoaudiológica em pacientes com diagnóstico de esclerose sistêmica (ALMEIDA et al., 2016); além disso, o instrumento foi validado para adultos com DTM (BUENO, 2014).

Segundo Genaro et al. (2009), o Protocolo MBGR foi desenvolvido com a finalidade de facilitar o diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais ao coletar o maior número possível de dados sobre o paciente. Entretanto, por ser um protocolo de avaliação clínica em

Motricidade Orofacial de caráter global, os autores recomendam o uso de instrumentos específicos em casos de problemas pontuais.

Visto que a primeira e, até então, mais recente versão do instrumento foi desenvolvida no ano de 2009, em 2019, Berretin-Felix, Genaro e Marchesan atualizaram os exames do Protocolo MBGR e a terminologia empregada nesses exames de acordo com o estado da arte em Motricidade Orofacial. Além disso, os autores revisaram, corrigiram e adequaram a gramática, a ortografia e a formatação do instrumento.

O Protocolo MBGR (GENARO et al., 2009) foi originalmente desenvolvido e testado em língua portuguesa do Brasil e, atualmente, tem uma versão disponível em língua inglesa (MARCHESAN; BERRETIN-FELIX; GENARO, 2012). A versão do Protocolo MBGR em língua inglesa foi traduzida da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana pelos próprios autores do instrumento original, contando, portanto, com a participação e com o conhecimento linguístico de profissionais fonoaudiólogos bilíngues, sem o respaldo de uma diretriz específica para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde.

2.2 OS CONCEITOS DE “TRADUÇÃO” E “ADAPTAÇÃO” A PARTIR DA EXPLORAÇÃO E INTEGRAÇÃO CIENTÍFICA DE DUAS ÁREAS DISTINTAS DO CONHECIMENTO: TRADUÇÃO E SAÚDE

Este estudo trata dos conceitos de interdisciplinaridade, que qualifica o que é comum a duas ou mais áreas do conhecimento, e de multidisciplinariedade, que se refere à junção de diferentes áreas do conhecimento dentro de um mesmo assunto, quando torna possível a exploração e a integração científica de duas áreas distintas do conhecimento: Tradução e Saúde.

A terminologia e o vocabulário utilizados nas diferentes áreas do conhecimento que se inter-relacionam nem sempre é coincidente e, portanto, isso exige do pesquisador um maior cuidado com a escolha e com a conceituação dos mesmos (COUTO, 2003).

No domínio dos Estudos da Tradução, por exemplo, os termos “tradução” e “adaptação transcultural”, empregados em textos científicos vinculados à área da Saúde, problematizam o próprio ato de traduzir. Para o tradutor, adaptar transculturalmente um texto já é, em essência,

a função de qualquer tradução (BASSNETT, 2003). Os profissionais e os estudiosos da área da Saúde, porém, compreendem que traduzir é apenas uma das etapas interior a todo o processo de adaptação transcultural de um instrumento (BEATON et al., 2000).

A tradução é definida como processo em que um texto escrito em uma determinada língua é reescrito em outra língua, considerando as situações de produção do texto de partida, as situações de recepção do texto de chegada e as diferenças linguístico-culturais entre os dois sistemas distintos (LEAL, 2006).

A adaptação, por sua vez, é compreendida como uma modalidade tradutória (BARBOSA, 1990; AUBERT, 1998), intrínseca à tradução, empregada em casos em que toda uma situação referida no texto de partida não existe na realidade extralinguística do receptor do texto de chegada e, por isso, deve ser recriada ou substituída por uma outra situação existente e equivalente na realidade extralinguística desse receptor (BARBOSA, 2004).

Na área da Saúde, a problemática conceitual acerca dos termos “tradução” e “adaptação transcultural” se dá, provavelmente, porque os profissionais, ao lerem as diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BADIA; ALONSO, 1995; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON et al., 2000; WILD et al., 2005; PETERS; PASSCHIER, 2006; REICHENHEIM; MORAES, 2007; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012) entendem “tradução” como processo puramente literal, em que um texto escrito em uma determinada língua é reescrito em outra língua, sem considerar fatores extralinguísticos; e entendem “adaptação” como processo que sucede a tradução, em que os itens literalmente traduzidos são adaptados (modificados) com a intensão de soarem naturais aos ouvidos do receptor do texto de chegada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

Portanto, a área da Saúde separa os dois conceitos e transforma “tradução” em “tradução + adaptação transcultural”.

Embora se saiba que, de fato, a adaptação é intrínseca à tradução, utilizou-se “tradução” e “adaptação transcultural” no título e no decorrer desta pesquisa, devido ao seu vínculo com a área da Saúde.

2.3 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DA ÁREA DA SAÚDE

Historicamente, a tradução literal e não sistematizada do original já foi o procedimento adotado como “processo” para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde desenvolvidos em outros idiomas (SILVA; FELIPINI, 2018). Há algum tempo, porém, pesquisadores e estudiosos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON 1993; BADIA; ALONSO 1995; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA 1997; BEATON et al., 2000) vêm sugerindo que o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde seja uma combinação da tradução literal de palavras de um idioma para o outro com a adaptação meticulosa do texto de partida para o contexto cultural e o estilo de vida do receptor do texto de chegada e corroboram com Pagano, Magalhães e Alves (2005) ao destacarem a imprescindibilidade da atuação de tradutores durante a realização de toda tarefa tradutória, pois reconhecem que, embora qualquer falante bilíngue possua competência bilíngue no par de línguas em que se comunica, nem todo falante bilíngue possui competência tradutória.

2.3.1 Competência tradutória

Pagano, Magalhães e Alves (2005) explicam que a competência tradutória é um sistema subjacente de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para se traduzir. Para os autores, a competência tradutória é um conhecimento especializado, composto de cinco subcompetências que funcionam de forma integrada, sendo a competência bilíngue, a competência extralinguística, a competência instrumental, a competência estratégica e a competência de conhecimentos sobre a tradução; além de componentes psicofisiológicos.

Segundo Pagano, Magalhães e Alves (2005), a subcompetência bilíngue é integrada por conhecimentos pragmáticos, textuais e léxico-gramaticais necessários para a comunicação em um par de idiomas e a subcompetência extralinguística é composta por conhecimentos culturais e enciclopédicos.

Pagano, Magalhães e Alves (2005) definem a subcompetência instrumental como um conjunto de conhecimentos procedimentais relacionados ao uso de ferramentas (softwares) e de tecnologias da informação e comunicação (TICs) aplicadas à tradução.

A subcompetência estratégica busca garantir a eficácia do processo tradutório enquanto opera para identificar os problemas de uma tradução e as soluções para esses problemas; é uma subcompetência de caráter central, visto que tem como função controlar e avaliar o processo tradutório, além de coordenar as diferentes subcompetências e compensar deficiências entre elas (PAGANO; MAGALHÃES; ALVES, 2005).

A subcompetência de conhecimentos sobre a tradução abrange todos os conteúdos relacionados à Teoria da Tradução; princípios como o da unidade de tradução, das diferentes modalidades tradutórias e dos diferentes processos, métodos e procedimentos tradutórios, além dos aspectos profissionais como a ética em Tradução e a importância de todo destinatário (PAGANO; MAGALHÃES; ALVES, 2005).

De acordo com Pagano, Magalhães e Alves (2005), os componentes psicofisiológicos estão relacionados às capacidades cognitivas, como, por exemplo, a capacidade de memória, de percepção, de atenção e de concentração; e às atitudes do tradutor durante a execução da tarefa tradutória, como, por exemplo, a curiosidade, a perseverança, o rigor, o senso crítico e a confiança.

2.3.2 Diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde

As diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde propostas por Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) reiteram que o processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de avaliação clínica deve ser composto por uma combinação da tradução literal de palavras de um idioma para o outro com a adaptação metódica do texto de partida para o contexto cultural e o estilo de vida do receptor do texto de chegada e são organizadas em cinco etapas, sendo (1) tradução, (2) retrotradução, (3) comitê de revisão, (4) pré-teste e (5) possível adaptação dos pesos das pontuações para os casos em que o instrumento conta com a possibilidade de atribuição de escores.

Uma revisão deste processo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON 1993), com base nas literaturas da medicina, da psicologia e da sociologia, conduziu ao aperfeiçoamento das diretrizes propostas por Guillemín, Bombardier e Beaton (1993). As diretrizes aperfeiçoadas foram, então, propostas por Beaton et al. (2000).

As diretrizes propostas por Beaton et al. (2000), por sua vez, são organizadas em seis etapas, sendo (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação aos autores/comitê.

Para a etapa de tradução, Beaton et al. (2000) recomendam que pelo menos duas traduções do instrumento sejam feitas do idioma de partida para o idioma de chegada por dois tradutores cuja a língua materna seja a mesma do receptor do texto de chegada. Além disso, Beaton et al. (2000) sugerem que um dos tradutores tenha ampla experiência em tradução para a área da Saúde e saiba dos objetivos e dos conceitos do estudo; e que o outro tradutor, não. Dessa forma, as adaptações feitas pelo tradutor ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com ampla experiência em tradução para a área da Saúde tendem a fornecer uma perspectiva mais confiável do ponto de vista clínico e as adaptações feitas pelo tradutor não ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com pouca (ou nenhuma) experiência em tradução para a área da Saúde tendem a refletir a linguagem coloquial do receptor do texto de chegada, por serem menos influenciadas por um objetivo acadêmico.

Para a etapa de síntese das traduções, Beaton et al. (2000) explicam que os tradutores, junto de um perito em Letras, devem compilar as traduções feitas na etapa anterior. Ao compilar as traduções, tanto os tradutores quanto o perito em Letras devem buscar solucionar problemas, como, por exemplo, traduções complexas que possam dificultar a compreensão do instrumento por parte do receptor do texto de chegada ou traduções demasiadamente simplistas que subestimam o conteúdo do instrumento original.

Para a etapa de retrotradução, Beaton et al. (2000) recomendam que pelo menos duas retrotraduções do instrumento sejam feitas do idioma de chegada para o idioma de partida por dois tradutores cuja a língua materna seja a mesma do produtor do texto de partida. A etapa de retrotradução é considerada essencial para ampliar a qualidade da versão final do instrumento, visto que os erros de interpretação e as falhas de adaptação são amplificados na comparação entre o texto de partida e a retrotradução (BEATON et al., 2000).

Beaton et al. (2000) explicam que a etapa de banca de especialistas é fundamental para que a equivalência transcultural entre o texto de partida e o texto de chegada seja alcançada e que, por esse motivo, essa banca deve ser composta, no mínimo, por metodologista, profissionais da área de Saúde, profissionais da área de Letras e os tradutores envolvidos no processo até o momento. Os membros da banca têm como função rever as traduções, a versão

de síntese das traduções e as retrotraduções, chegar a um consenso sobre quaisquer discrepâncias e, então, desenvolver a versão pré-final do instrumento em língua inglesa para testes em campo. Para isso, os profissionais que compõem a banca de especialistas podem editar, corrigir, omitir, aglutinar e adicionar itens ao instrumento.

Na etapa de pré-teste, uma amostra de receptores do texto de chegada deve ser submetida à administração da versão pré-final do instrumento clínico traduzido. Beaton et al. (2000) explicam que a etapa de pré-teste é fundamental para que o texto de chegada seja completamente compreensível e culturalmente equivalente à realidade linguística e extralinguística do seu receptor. Cabe ressaltar que, embora o pré-teste forneça algumas informações úteis sobre como o receptor do texto de chegada interpreta os itens do instrumento, ele não equivale à validação de critério e de construto e nem à verificação de confiabilidade e, por esse motivo, para a retenção das propriedades psicométricas do instrumento, testes adicionais são altamente necessários (BEATON et al., 2000).

Na etapa final das diretrizes, todos os relatórios e os documentos pertinentes de todas as etapas realizadas durante o processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento podem ser apresentados aos autores do mesmo ou a um comitê que acompanha o processo de tradução e adaptação transcultural desde o início, com a finalidade de verificar se todas as etapas recomendadas foram seguidas, se os relatórios e os documentos refletem esse processo e se a versão final do instrumento traduzido reflete o conteúdo do instrumento original. Na verdade, é uma auditoria de processo, com todas as etapas seguidas e os relatórios necessários.

Tanto as diretrizes propostas por Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) quanto as propostas por Beaton et al. (2000) incluem orientações para se atingir às equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o texto de partida e a sua tradução (texto de chegada).

De acordo com Beaton et al. (2000), a equivalência semântica diz respeito à relação entre significantes (palavras, frases, sinais e símbolos) e significados (o que eles representam); e busca equacionar as dificuldades causadas por significados múltiplos.

A equivalência idiomática trata das dificuldades em traduzir expressões idiomáticas e coloquialismos do idioma do texto de partida para o idioma do texto de chegada. Nesses casos, expressões equivalentes no idioma do texto de chegada devem ser usadas.

A equivalência experimental busca fazer com que os termos utilizados no texto de chegada sejam coerentes com as experiências vivenciadas pelo seu receptor. Beaton et al. (2000) definem esse tipo de equivalência como a tradução dos hábitos da vida diária de uma determinada cultura e explicam que uma tarefa específica descrita no texto de partida pode não ser experimentada pelo receptor do texto de chegada; por exemplo, o uso do garfo na alimentação que não é comum a todas as culturas.

Por fim, a equivalência conceitual busca validar o conceito explorado no texto de partida nas experiências vividas pelo receptor do texto de chegada, visto que algumas palavras podem apresentar equivalência semântica, mas não conceitual. O conceito de uma palavra pode variar de idioma para idioma e de cultura para cultura. Beaton et al. (2000) citam como exemplo o conceito da palavra “família” que pode variar entre culturas, como família nuclear ou extensa.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVOS

Traduzir e adaptar a versão atualizada do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Mediante à autorização dos autores do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR (ANEXO A), esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, para apreciação do ponto de vista ético – CAAE: 84331318.4.0000.5417 (ANEXO B). Após aprovação, foram iniciadas as seis etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR atualizado (ANEXO C).

Todos os participantes deste estudo foram informados sobre os procedimentos com os quais colaborariam durante a realização da pesquisa, receberam todos os esclarecimentos necessários e foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Um modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em língua inglesa foi entregue aos participantes norte-americanos (APÊNDICE B).

4.2 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR ATUALIZADO

A metodologia de tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR atualizado da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana seguiu as etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação ao comitê, conforme recomendado nas diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde propostas por Beaton et al. (2000).

4.2.1 Tradução

Na primeira etapa, foram elaboradas duas traduções iniciais independentes, da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana, denominadas T1 e T2.

Para isso, os tradutores receberam quatro arquivos via e-mail, sendo (1 e 2) o Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) original e atualizado - em PDF e (3 e 4) o Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) original e atualizado - em documento do Word. Os arquivos em documento do Word foram enviados com a finalidade de serem editados e os arquivos em PDF foram enviados como material de consulta, caso os tradutores precisassem verificar o conteúdo e/ou formatação originais do instrumento.

Os tradutores responsáveis por realizar as duas traduções têm o inglês como língua materna e são fluentes em língua portuguesa. O tradutor responsável por realizar a T1 tem vasta experiência em tradução de textos relacionados à área da Saúde, inclusive textos relacionados à Fonoaudiologia, estava ciente dos objetivos do estudo, do público à que o instrumento em língua inglesa é destinado e dos conceitos que são examinados no Protocolo MBGR. O tradutor responsável por realizar a T2 tem pouca experiência em tradução de textos relacionados à área da Saúde, não estava ciente dos objetivos do estudo, do público à que o instrumento em língua inglesa é destinado e dos conceitos que são examinados no Protocolo MBGR.

Para auxiliar na tabulação de dados da etapa, uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR, à T1 e à T2.

Os itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 e os itens que apresentaram divergências entre a T1 e a T2 foram identificados e formatados pelo próprio software. Para isso, bastou copiar o item a ser verificado, selecionar as duas colunas referentes à T1 e à T2, clicar na função “formatação condicional → realçar regras de células → igual a...” na página inicial do programa, colar o item copiado na caixa de texto indicada e pressionar “*enter*”. Item por item, esse procedimento foi realizado.

Para a categorização dos itens divergentes entre a T1 e a T2, uma coluna foi adicionada à essa planilha. Com a finalidade de facilitar o processo de categorização dos itens divergentes entre a T1 e a T2, por não serem relevantes, os itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 foram ocultos.

4.2.2 Síntese das traduções

Na segunda etapa, os tradutores responsáveis por realizar as traduções T1 e T2 e um perito em Letras participaram de uma reunião cujo objetivo foi compilar as traduções T1 e T2 em uma única versão que refletisse o consenso dos tradutores, denominada T12. A pesquisadora deste estudo também esteve presente na reunião.

Antecedente à data da reunião, os dois tradutores e o perito em Letras fizeram uma análise e verificação comparadas das traduções T1 e T2 com base no texto original do Protocolo MBGR. Cada participante destacou nas traduções T1 e/ou T2 aquilo que considerava ser uma tradução problemática e passível de discussão.

Para isso, os arquivos referentes ao Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) original e atualizado, à T1 do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) e à T2 do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) foram divididos em trechos e reorganizados em um novo documento do Word de maneira que o mesmo trecho de cada um dos arquivos aparecesse em uma mesma página do novo documento.

Para a reunião, cada participante levou consigo o seu arquivo em trechos editado (impresso ou digital) e, página por página, todas as palavras, as frases e as sentenças da T1 e da T2 foram analisadas. Além disso, comparações semânticas e sintáticas entre o texto de partida e o texto de chegada foram realizadas com a finalidade conferir a clareza do protocolo como um todo.

Coube aos tradutores discutirem quais as melhores opções terminológicas para as traduções consideradas problemáticas na fase de análise e verificação comparadas e justificarem as suas escolhas léxico-semânticas. Ao perito em Letras coube mediar as discussões entre os tradutores e escolher quais as melhores opções terminológicas para as traduções consideradas problemáticas quando os tradutores não chegassem a um consenso.

À pesquisadora do estudo coube documentar detalhadamente todas as decisões tomadas durante essa reunião.

Uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada para auxiliar no controle de alterações realizadas na etapa. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam

ao texto original do Protocolo MBGR, à T1, à T2 e à T12. Na coluna destinada aos itens da T12, os itens mantidos como na T1 foram grifados de verde, os itens mantidos como na T2 foram grifados de azul e os itens reajustados foram grifados de amarelo. Os itens que foram traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 e não passaram por reajustes, foram mantidos sem formatação extra.

4.2.3 Retrotradução

Na terceira etapa, foram elaboradas duas retrotraduções independentes da versão síntese (T12) da língua inglesa norte-americana para a língua portuguesa do Brasil, denominadas RT1 e RT2.

Para isso, os retrotradutores receberam quatro arquivos via e-mail, sendo (1 e 2) a T12 do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) - em PDF, (3 e 4) a T12 do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) - em documento do Word. Os arquivos em documento do Word foram enviados com a finalidade de serem editados e os arquivos em PDF foram enviados como material de consulta, caso os retrotradutores precisassem verificar o conteúdo e/ou formatação do instrumento.

Os retrotradutores responsáveis por realizar as duas retrotraduções têm o português como língua materna e são fluentes em língua inglesa. Além disso, ambos desconheciam a versão original do Protocolo MBGR.

Uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada para auxiliar na tabulação de dados da etapa. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR, à T12, à RT1 e à RT2.

Os itens retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2 e os itens que apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2 foram identificados e formatados pelo próprio software. Para isso, bastou copiar o item a ser verificado, selecionar as duas colunas referentes à RT1 e à RT2, clicar na função “formatação condicional → realçar regras de células → igual a...” na página inicial do programa, colar o item copiado na caixa de texto indicada e pressionar “enter”. Item por item, esse procedimento foi realizado.

Para a categorização dos itens divergentes entre a RT1 e a RT2, uma coluna foi adicionada à essa planilha. Com a finalidade de facilitar o processo de categorização dos itens divergentes entre a RT1 e a RT2, por não serem relevantes, os itens retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2 foram ocultos.

4.2.4 Banca de especialistas

A quarta etapa do estudo foi dividida em duas fases.

Na primeira fase, os quatro tradutores responsáveis por realizar a T1, a T2, a RT1 e a RT2, o perito em Letras e dois fonoaudiólogos analisaram e avaliaram cada item da versão prévia do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR em língua inglesa. A versão prévia do instrumento em língua inglesa equivale ao resultado das etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções e (3) retrotradução.

Para isso, os membros da banca de especialistas receberam seis arquivos via e-mail, sendo (1) as instruções para análise e avaliação dos itens da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa - em PDF, (2 e 3) o Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) original e atualizado - em PDF, (4 e 5) a versão prévia do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) em língua inglesa - em PDF e (6) um arquivo reservado à atribuição de pontuações para cada item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa - em planilha do Excel e dividido em duas abas: história clínica e exame clínico. Os cinco primeiros arquivos foram enviados em formato PDF para que não houvesse a possibilidade de serem editados.

A banca de especialistas foi subdividida em dois grupos de especialidade, sendo (1) tradutores, contando com o perito em Letras, e (2) fonoaudiólogos. Não houve contato entre os participantes da banca durante suas análises e pareceres. Ao grupo de tradutores foi recomendado maior foco na análise da adaptação transcultural e do conteúdo linguístico e ao grupo de fonoaudiólogos foi recomendado maior foco na análise da terminologia da área e do conteúdo técnico-científico.

Cada participante da banca, individualmente, atribuiu uma pontuação para cada item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa de acordo com o Índice de Validade

de Conteúdo (POLIT; BECK, 2006), sendo 1 = item não equivalente, 2 = item necessita de grandes alterações, 3 = item necessita de pequenas alterações e 4 = item equivalente.

À todos os membros da banca de especialistas foi recomendado que conceituassem como “1 = item não equivalente” aquele que a tradução no texto de chegada não fosse considerada equivalente ao item no texto de partida; conceituassem como “2 = item necessita de grandes alterações” aquele que a tradução no texto de chegada precisasse melhorar muito para ser considerada equivalente ao item no texto de partida; conceituasse como “3 = item necessita de pequenas alterações” aquele que a tradução no texto de chegada estivesse próxima ao que consideravam ser o equivalente ao item no texto de partida; e conceituassem como “4 = item equivalente” aquele que a tradução no texto de chegada fosse considerada equivalente ao item no texto de partida.

Além disso, para os itens pontuados com “1 = item não equivalente” e “2 = item necessita de grandes alterações”, foi recomendado que cada participante escrevesse um comentário sobre o porquê dessa pontuação e sugerisse melhores traduções.

Para isso, o arquivo reservado à atribuição de pontuações para cada item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa foi utilizado. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR, à T1, à T2, à RT1, à RT2 e à versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa; além disso, foram acrescentadas duas outras colunas, uma destinada à atribuição de escores e outra, à comentários, resultando em oito colunas. Com exceção das colunas destinadas à atribuição de escores e à inserção de comentários, todas as outras foram protegidas para que não houvesse a possibilidade de serem editadas.

Dessa forma, os membros da banca de especialistas puderam analisar o texto original do instrumento, a T1, a T2, a RT1 e a RT2 para, então, avaliar a versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa, pontuá-la de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo e, quando necessário, escrever comentários.

Os dados obtidos na primeira fase dessa etapa foram tabulados e mensurados por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo. Em cada item do instrumento, bastou somar o número de respostas “3 = item necessita de pequenas alterações” ou “4 = item equivalente” e dividir essa soma pelo número total de respostas, conforme demonstra a fórmula a seguir.

$$IVC = \frac{\text{nº de respostas "3" ou "4"}}{\text{nº total de respostas}}$$

Para que a taxa de concordância entre os membros da banca de especialistas fosse considerada aceitável, o IVC deveria ser superior à 0,80. Além disso, os itens que recebessem pontuação “1 = item não equivalente” ou “2 = item necessita de grandes alterações” deveriam ser revisados.

Para auxiliar no cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR, à versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa, à atribuição de escores do responsável por realizar a T1, aos comentários do responsável por realizar a T1, à atribuição de escores do responsável por realizar a T2, aos comentários do responsável por realizar a T2, à atribuição de escores do responsável por realizar a RT1, aos comentários do responsável por realizar a RT1, à atribuição de escores do responsável por realizar a RT2, aos comentários do responsável por realizar a RT2, à atribuição de escores do perito em Letras, aos comentários do perito em Letras, à atribuição de escores de um dos fonoaudiólogos, aos comentários de um dos fonoaudiólogo, à atribuição de escores do outro fonoaudiólogo, aos comentários do outro fonoaudiólogo e ao resultado do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, resultando em 17 colunas.

Na segunda fase, os quatro tradutores responsáveis por realizar a T1, a T2, a RT1 e a RT2, o perito em Letras e os dois fonoaudiólogos participaram de uma reunião cujo objetivo foi revisar os itens do protocolo que receberem pontuação “1 = item não equivalente” ou “2 = item necessita de grandes alterações” e discutir e propor melhores traduções para os itens que apresentaram Índice de Validade de Conteúdo igual ou inferior à 0,80.

Um metodologista e a pesquisadora responsável por este estudo também estiveram presentes na reunião. Ao metodologista coube conduzir e mediar as discussões entre os especialistas. À pesquisadora coube documentar detalhadamente todas as decisões tomadas durante a reunião.

Para a reunião, a planilha utilizada para auxiliar no cálculo do Índice de Validade de Conteúdo foi filtrada e os itens com IVC máximo e sem sugestões de melhores traduções foram

grifados de verde e ocultos, por não serem relevantes para a discussão da banca de especialistas. Já os itens com IVC máximo e com sugestões de melhores traduções foram grifados de laranja, os itens com IVC igual à 0,8 foram grifados de amarelo e os itens com IVC inferior à 0,8 foram grifados de vermelho; todos esses itens foram mantidos na planilha, por serem o foco da discussão da banca de especialistas.

Todos os participantes da banca de especialistas tiveram acesso à essa planilha no seu próprio computador e todos os itens mantidos no arquivo foram discutidos, um a um, conforme a condução do metodologista.

Para o controle de alterações, a pesquisadora do estudo adicionou uma coluna à sua cópia da planilha em que todas as alterações sugeridas pelos membros da banca foram registradas.

4.2.5 Pré-teste

A quinta etapa do estudo foi realizada na Universidade do Sul da Flórida, em Tampa, nos Estados Unidos da América e foi dividida em duas fases: pré-teste I e pré-teste II.

No pré-teste I, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa foi analisada e avaliada por 15 fonoaudiólogos norte-americanos, com o objetivo de verificar a qualidade e a clareza da tradução e adaptação transcultural do instrumento. Os 15 fonoaudiólogos norte-americanos que participaram do pré-teste I são, atualmente, alunos do Programa de Mestrado em Fonoaudiologia da USF. A versão pré-final do instrumento em língua inglesa equivale ao resultado das etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução e (4) banca de especialistas.

Todos os participantes receberam três arquivos, sendo (1) as instruções para análise e avaliação da versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa - em PDF e (2 e 3) a versão pré-final do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) em língua inglesa - em documento do Word. Os arquivos em documento do Word foram enviados com a finalidade de serem editados.

Os 15 fonoaudiólogos norte-americanos foram instruídos à (a) grifarem de amarelo aquelas palavras, frases ou sentenças da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR

que, para eles, não faziam nenhum sentido, (b) grifarem de amarelo aquelas palavras, frases ou sentenças da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR que, para eles, faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica e (c) comentarem o porquê grifaram cada palavra, frase ou sentença. Caso a palavra, a frase ou a sentença fosse grifada por não fazer nenhum sentido, o participante deveria comentar “isso não faz sentido para mim” e, caso a palavra, a frase ou a sentença fosse grifada por soar estranho ou ser incomum considerando o contexto de uma avaliação clínica, o participante deveria sugerir outros termos; termos que acreditasse ser apropriados ao contexto de uma avaliação clínica.

Uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada para auxiliar na tabulação de dados obtidos no pré-teste I. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR e à versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa; além disso, outras 15 colunas, uma para cada fonoaudiólogo norte-americano e seus respectivos comentários, foram adicionadas ao arquivo, resultando em 17 colunas.

Os dados obtidos e tabulados no pré-teste I foram analisados por duas Professoras Doutoras em Fonoaudiologia e pela pesquisadora responsável por este estudo; todas as palavras, as frases e as sentenças da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR apontadas como problemáticas pelos 15 fonoaudiólogos norte-americanos foram discutidas e reajustadas durante uma reunião. Uma das professoras presente na reunião tem o inglês como língua materna e é, também, a orientadora responsável por este estudo nos EUA; a outra professora tem o português brasileiro como língua materna e reside e leciona nos EUA há 10 anos.

Para a reunião, todos os itens grifados pelos 15 fonoaudiólogos norte-americanos, individualmente, nos arquivos em documento do Word, foram compilados e grifados na coluna destinada à versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa da planilha de tabulação de dados obtidos no pré-teste I. Todos os participantes tiveram acesso à essa planilha no seu próprio computador.

Dessa forma, as duas Professoras Doutoras em Fonoaudiologia e a pesquisadora responsável pelo estudo puderam analisar o texto original do instrumento, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa, todos os comentários de cada um dos fonoaudiólogos

norte-americanos e cada uma das palavras grifadas para, então, discutir e reajustar os itens apontados como problemáticos.

Para o controle de alterações, a pesquisadora do estudo adicionou uma coluna à sua cópia da planilha em que todas as alterações sugeridas pelas duas Professoras Doutoras em Fonoaudiologia foram registradas.

No pré-teste II, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir das análises e avaliações do pré-teste I foi reanalisada e reavaliada por outros cinco fonoaudiólogos norte-americanos, com o objetivo de verificar a qualidade e a clareza da tradução e adaptação transcultural do instrumento reajustado a partir do pré-teste I. Os cinco fonoaudiólogos norte-americanos que participaram do pré-teste II são Professores Doutores em Fonoaudiologia.

Todos os participantes receberam três arquivos, sendo (1) as instruções para análise e avaliação da versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir do pré-teste I - em PDF e (2 e 3) a versão pré-final do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) em língua inglesa reajustada a partir do pré-teste I - em documento do Word. Os arquivos em documento do Word foram enviados com a finalidade de serem editados.

Uma planilha de Excel dividida em duas abas, história clínica e exame clínico, foi utilizada para auxiliar na tabulação de dados obtidos no pré-teste II. Nessa planilha, as linhas correspondiam à divisão em itens do conteúdo original do instrumento e as colunas equivaliam ao texto original do Protocolo MBGR e à versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir do pré-teste I; além disso, outras cinco colunas, uma para cada fonoaudiólogo norte-americano e seus respectivos comentários, foram adicionadas ao arquivo, resultando em sete colunas.

Os dados obtidos e tabulados no pré-teste II foram analisados por uma Professora Doutora em Fonoaudiologia e pela pesquisadora responsável por este estudo; todas as palavras, as frases e as sentenças da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR apontadas como problemáticas pelos cinco fonoaudiólogos norte-americanos foram discutidas e reajustadas durante uma reunião.

Para a reunião, todos os itens grifados pelos cinco fonoaudiólogos norte-americanos, individualmente, nos arquivos em documento do Word, foram compilados e grifados na coluna destinada à versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir do pré-

teste I da planilha de tabulação de dados obtidos no pré-teste II. Todos os participantes tiveram acesso à essa planilha no seu próprio computador.

Dessa forma, a Professora Doutora em Fonoaudiologia e a pesquisadora responsável pelo estudo puderam analisar o texto original do instrumento, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir do pré-teste I, todos os comentários de cada um dos fonoaudiólogos norte-americanos e cada uma das palavras grifadas para, então, discutir e reajustar os itens apontados como problemáticos.

Para o controle de alterações, a pesquisadora do estudo adicionou uma coluna à sua cópia da planilha em que todas as alterações sugeridas pela Professora Doutora em Fonoaudiologia foram registradas.

4.2.6 Submissão da documentação ao comitê

Como etapa final do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento, todos os relatórios e os documentos pertinentes de todas as etapas realizadas durante o processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento foram apresentados a um comitê formado por dois Professores Doutores, ambos bilíngues. Um dos professores é Doutor em Farmacologia, também graduado em Letras-Tradução e orientador desta pesquisa; a outra professora é Doutora em Fonoaudiologia e autora do Protocolo MBGR.

O comitê participou de uma reunião cujo objetivo foi verificar (1) se todas as etapas do processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde recomendadas nas diretrizes propostas por Beaton et al. (2000) foram seguidas e (2) se a versão final do instrumento traduzido para a língua inglesa norte-americana refletia o conteúdo do instrumento original em língua portuguesa do Brasil. A versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa equivale ao resultado das etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas e (5) pré-teste.

A pesquisadora deste estudo também esteve presente na reunião.

Para verificar se todas as etapas do processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde recomendadas nas diretrizes propostas por Beaton et al. (2000) foram seguidas, todos documentos referentes à tabulação de dados e ao controle de alterações

de todas as etapas realizadas durante o processo foram apresentados aos membros do comitê, conforme sugerido nas próprias diretrizes.

Para verificar se a versão final do instrumento traduzido para a língua inglesa norte-americana refletia o conteúdo do instrumento original em língua portuguesa do Brasil, os membros do comitê realizaram uma análise e verificação comparadas das versões original e traduzida do Protocolo MBGR. Cada membro do comitê destacou na versão final do instrumento traduzido para a língua inglesa norte-americana aquilo que considerava ser uma tradução que não refletia o conteúdo do instrumento original em língua portuguesa do Brasil.

Para isso, os membros do comitê receberam quatro arquivos via e-mail, sendo (1 e 2) o Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) original e atualizado - em PDF e (3 e 4) a versão final do Protocolo MBGR (história clínica e exame clínico) em língua inglesa norte-americana - em PDF. Os arquivos foram enviados em formato PDF para que não houvesse a possibilidade de serem editados.

Cada membro do comitê levou consigo o seu arquivo editado (impresso ou digital) e, página por página, todas as palavras, as frases e as sentenças destacadas foram analisadas, discutidas e reajustadas (quando necessário).

Para o controle de alterações, a pesquisadora do estudo grifou, na sua cópia versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa, os itens considerados problemáticos pelos membros do comitê e, em cada um desses itens, inseriu comentários com as sugestões feitas pelo orientador do estudo e pela autora do instrumento.

4.3 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES

O exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR inclui uma prova cujo objetivo é avaliar a função velofaríngea por meio da repetição de frases contendo fonemas plosivos (/p/, /b/, /t/, /d/, /k/ e /g/) e fricativos (/f/, /v/, /s/, /z/, /ʃ/ e /ʒ/). Ao todo são 12 frases, uma para cada fonema.

Para o processo de adaptação transcultural das frases da prova de repetição de frases do exame clínico do Protocolo MBGR, foi necessário conduzir um procedimento paralelo a

todo o processo de tradução e adaptação transcultural do restante dos itens do instrumento, visto que as propriedades avaliativas dessa prova precisavam ser mantidas.

Para isso, em um primeiro momento, durante o estágio de pesquisa na Universidade do Sul da Flórida (USF), a pesquisadora responsável por este estudo abordou cinco entre os 20 fonoaudiólogos norte-americanos que participaram da pesquisa com o objetivo de verificar como é, normalmente, feita a prova de repetição de frases durante o diagnóstico das disfunções velofaríngeas em clínicas e hospitais da Universidade e da região. Também foi investigado, junto aos fonoaudiólogos norte-americanos, se existiam publicações da área que apresentavam frases de uso padrão para a prova de repetição de frases na prática clínica.

Depois, por decisão da pesquisadora, do orientador deste estudo e dos autores do Protocolo MBGR, ficou pré-determinado que:

A) Caso as frases da prova de repetição de frases realizada pelos fonoaudiólogos norte-americanos nas clínicas e hospitais da USF e região fossem padronizadas, essas mesmas frases seriam adotadas na versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa.

B) Caso as frases da prova de repetição de frases realizada pelos fonoaudiólogos norte-americanos nas clínicas e hospitais da USF e região não fossem padronizadas, cada uma das frases do Protocolo MBGR original em língua portuguesa seria adaptada transculturalmente, de maneira que fossem preservadas as propriedades avaliativas da prova.

C) Em caso de (B), durante o processo de adaptação transcultural da prova de repetição de frases, seria necessário considerar o fonema empregado em cada uma das frases em língua portuguesa para que fosse possível avaliar, em língua inglesa, a função velofaríngea por meio da repetição de frases contendo os mesmos fonemas plosivos (/p/, /b/, /t/, /d/, /k/ e /g/) e fricativos (/f/, /v/, /s/, /z/, /ʃ/ e /ʒ/).

Para isso, seria necessário buscar, em língua inglesa, palavras que apresentassem sons orais, evitando qualquer fonema nasal (/m/, /n/ e /ŋ/), com a finalidade de manter mais “puro” possível o fonema examinado. Além disso, ao juntar essas palavras, a frase formada deveria ter sentido completo, seguindo a ordem sintática da língua inglesa (sujeito → verbo → complemento).

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR ATUALIZADO

Neste capítulo serão apresentados os resultados das seis etapas metodológicas desenvolvidas durante o processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR atualizado, sendo elas (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação ao comitê.

5.1.1 Tradução

5.1.1.1 História clínica

Para a etapa de tradução, a história clínica do Protocolo MBGR foi dividida em 644 itens. Desses 644 itens, 498 foram traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 e 146 apresentaram divergências entre a T1 e a T2. Entre os 498 itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2, 289 itens correspondiam à repetição das palavras “não”, “sim” e “às vezes”.

Fluxograma 1: Síntese de dados da etapa de tradução da história clínica.

Os 146 itens que apresentaram divergências entre a T1 e a T2 foram divididos e categorizados em dois níveis: lexical e gramatical.

Os itens divergentes no nível lexical foram subdivididos em quatro categorias: (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) item não traduzido, (3) sinônimos e (4) tradução não equivalente.

Os itens divergentes no nível gramatical foram subdivididos em oito categorias: (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo, (5) reconstrução de período, (6) tempo verbal diferente, (7) uso (ou não) de preposição e (8) erro de tradução.

Os itens divergentes entre a T1 e a T2 foram categorizados de acordo com a característica considerada mais relevante de cada um deles, visto que, na maioria das vezes, um mesmo item pode ser categorizado tanto no nível lexical quanto no nível gramatical; por exemplo, todos os itens que divergiram pela posição do substantivo, no nível gramatical, também são sinônimos, no nível lexical; nesse caso, a posição do substantivo, no nível gramatical, foi considerada a característica mais relevante para a categorização das divergências.

O Quadro 2 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) item não traduzido e (3) sinônimos.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Categorização
Grau de parentesco	<i>Relationship</i>	<i>Degree of kinship</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
(Trabalha?) Em que?	<i>Position</i>	<i>Area</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Complemento	<i>Additional</i>	<i>Extra</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Prurido nasal	<i>Nasal pruritus</i>	<i>Nasal itching</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.

(continuação)

Ronco	<i>Snore</i>	<i>Heavy snoring</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Sialorreia	<i>Drooling</i>	<i>Hypersalivation</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Boca aberta ao dormir	<i>Mouth open during sleep</i>	<i>Mouth open while sleeping</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Decúbito lateral	<i>On side</i>	<i>Lateral decubitus</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Decúbito dorsal	<i>Belly up</i>	<i>Supine</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Decúbito ventral	<i>Belly down</i>	<i>Prone</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Alimentação atual	<i>Current diet</i>	<i>Current alimentation</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Leite e derivados	<i>Dairy</i>	<i>Milk and derivatives</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Em comparação à família	<i>In relation to family</i>	<i>Regarding family</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Demorou a falar	<i>Took a long time to speak</i>	<i>Took time to speak</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Demorou a elaborar frases	<i>Took a long time to elaborate sentences</i>	<i>Took time to elaborate phrases</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Zumbido	<i>Ear ringing</i>	<i>Buzzing</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Otalgia	<i>Earache</i>	<i>Otalgia</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Falta de atenção/concentração	<i>Concentration/attention deficit</i>	<i>Lack of attention/concentration</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Informações complementares	<i>Additional information</i>	<i>Extra information</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Bairro	<i>Neighborhood</i>	<i>Neighbourhood</i>	Sinônimos.
CEP	<i>Postal code</i>	<i>Post code</i>	Sinônimos.

(conclusão)

Telefones	<i>Phone</i>	<i>Phone numbers</i>	Sinônimos.
Celular	<i>Cellular</i>	<i>Cell</i>	Sinônimos.
Respiração	<i>Breathing</i>	<i>Respiration</i>	Sinônimos.
Frênulo lingual	<i>Tongue frenulum</i>	<i>Lingual frenulum</i>	Sinônimos.
Problemas respiratórios	<i>Breathing problems</i>	<i>Respiratory problems</i>	Sinônimos.
Fisioterápico	<i>Physical therapy</i>	<i>Physiotherapy</i>	Sinônimos.
Sabores	<i>Flavors</i>	<i>Flavours</i>	Sinônimos.
Mastigação	<i>Chewing</i>	<i>Mastication</i>	Sinônimos.
Dor ou desconforto durante a mastigação	<i>Pain or discomfort while chewing</i>	<i>Pain or discomfort whilst chewing</i>	Sinônimos.
Onicofagia	<i>Onychophagy</i>	<i>Onychophagia</i>	Sinônimos.
Dificuldade mastigatória	<i>Difficulty chewing</i>	<i>Difficulty masticating</i>	Sinônimos.
Sim	<i>Sim</i>	<i>Yes</i>	Item não traduzido na T1.

Quadro 2: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) item não traduzido e (3) sinônimos.

O Quadro 3 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Explicação
Quem indicou para Fonoaudiologia?	<i>Who referred you for Speech Therapy?</i>	<i>Who recommended you for Phonoaudiology?</i>	T2 - Inadequação lexical - “Phonoaudiology” não existe na língua inglesa. T2 - Inadequação lexical e de sentido - O uso do verbo “recommend” soa como se o paciente fosse recomendado para a terapia fonoaudiológica, sendo que a terapia fonoaudiológica é que foi recomendada ao paciente.
Andar	<i>Walking</i>	<i>Standing</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “Standing” é “em pé”.
Ressona	<i>Snooze</i>	<i>Light snoring</i>	T1 - Inadequação lexical e de sentido - “Ressona” é respirar (com ruído) durante o sono e “snooze” é um cochilo, especialmente durante o dia; logo, “snooze” não equivale à “ressona”.

(conclusão)			
Prótese	<i>Prosthetic</i>	<i>Prosthesis</i>	T1 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Prosthetics</i> ” refere-se à ciência de criar partes artificiais do corpo, as próprias partes artificiais são chamadas de prótese (<i>prosthesis</i>).
Aparelho fixo	<i>Fixed braces</i>	<i>Fixed apparatus</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - A definição de “ <i>apparatus</i> ” é “equipamento técnico ou maquinaria necessária para uma determinada atividade ou finalidade”; logo, “ <i>apparatus</i> ” não equivale à “aparelho” em “aparelho fixo”.
Aparelho removível	<i>Removable braces</i>	<i>Removeable apparatus</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - A definição de “ <i>apparatus</i> ” é “equipamento técnico ou maquinaria necessária para uma determinada atividade ou finalidade”; logo, “ <i>apparatus</i> ” não equivale à “aparelho” em “aparelho removível”.
Péssima	<i>Terrible</i>	<i>Distressed</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - A definição de “ <i>distressed</i> ” é “sofrendo de ansiedade, tristeza ou dor”; logo, “ <i>distressed</i> ” não equivale à “péssima”.
No passado	<i>Past</i>	<i>Realized</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Realize</i> ” é “tornar-se plenamente consciente de (algo) como um fato; entender claramente”; logo, “ <i>realized</i> ” não equivale à “no passado”.
Inteligibilidade prejudicada ao telefone	<i>Impaired intelligibility on phone</i>	<i>Impaired phone intelligibility</i>	T2 - Inadequação da estrutura gramatical e de sentido - “ <i>Impaired phone intelligibility</i> ” soa como se a inteligibilidade do telefone estivesse prejudicada.
Interposição de língua	<i>Tongue interposition</i>	<i>Language interposition</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Language</i> ” equivale à língua como sinônimo de idioma; logo, “ <i>language</i> ” não equivale à “língua” como parte anatômica da boca em “interposição de língua”.

Quadro 3: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.

O Quadro 4 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo, (5) reconstrução de período, (6) tempo verbal diferente e (7) uso (ou não) de preposição.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Categorização
Estuda	<i>Studies</i>	<i>Study</i>	Classe gramatical diferente.
Trabalha	<i>Works</i>	<i>Work</i>	Classe gramatical diferente.
Atividade física	<i>Physical exercises</i>	<i>Physically active</i>	Classe gramatical diferente.
Mastiga os alimentos	<i>Chewing of food</i>	<i>Chews food</i>	Classe gramatical diferente.
Sucção de dedo	<i>Thumb sucking</i>	<i>Sucks finger</i>	Classe gramatical diferente.
Sucção de língua	<i>Tongue sucking</i>	<i>Sucks tongue</i>	Classe gramatical diferente.
Umidificar os lábios	<i>Moisten lips</i>	<i>Licks lips</i>	Classe gramatical diferente.
Cefaleia	<i>Headaches</i>	<i>Headache</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Resfriados frequentes (alteração de via aérea superior)	<i>Frequent cold (alteration of upper airway)</i>	<i>Frequent colds (alteration of the upper airway)</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Consistências	<i>Consistencies</i>	<i>Consistency</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Ingestão de líquido durante as refeições	<i>Ingestion of liquids during meals</i>	<i>Ingestion of liquid during meals</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Resíduos após a deglutição	<i>Residue after swallowing</i>	<i>Residues after swallowing</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Dificuldade de memória	<i>Memory difficulty</i>	<i>Memory difficulties</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Andar de bicicleta	<i>Ride a bicycle</i>	<i>Riding a bicycle</i>	Forma verbal diferente.
Correr	<i>Run</i>	<i>Running</i>	Forma verbal diferente.
Amarrar os sapatos	<i>Tie shoes</i>	<i>Tying shoes</i>	Forma verbal diferente.
Morder mucosa oral	<i>Bite oral mucosa</i>	<i>Biting oral mucosa</i>	Forma verbal diferente.

(conclusão)

Morder objetos	<i>Bite objects</i>	<i>Biting objects</i>	Forma verbal diferente.
Data do exame	<i>Date of exam</i>	<i>Exam date</i>	Posição do substantivo.
Dificuldade escolar	<i>School difficulty</i>	<i>Difficulty at school</i>	Posição do substantivo.
Na gestação	<i>During mother's pregnancy</i>	<i>In pregnancy</i>	T1 - Reconstrução de período.
Já trabalhou	<i>Worked in the past</i>	<i>Have worked</i>	Tempo verbal diferente.
Em qual ano	<i>Which year</i>	<i>In which year</i>	Uso (ou não) de preposição.

Quadro 4: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo, (5) reconstrução de período, (6) tempo verbal diferente e (7) uso (ou não) de preposição.

O Quadro 5 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de tradução.

Original	Tradução 1	Tradução 2	Explicação
Especialidade	<i>Specialty</i>	<i>Specialisation</i>	T2 - Erro de ortografia.
Dificuldade ao abrir a boca	<i>Difficulty to open the mouth</i>	<i>Difficulty opening mouth</i>	T1 - Erro de regência verbal. <i>Difficulty in doing something.</i> <i>Difficulty</i> + verbo no <i>ing</i> .
Dificuldade ao movimentar a mandíbula para os lados	<i>Difficulty to move the mandible sideways</i>	<i>Difficulty moving the mandible from side to side</i>	T1 - Erro de regência verbal. <i>Difficulty in doing something.</i> <i>Difficulty</i> + verbo no <i>ing</i> .
Amidalite	<i>Tonsillitis</i>	<i>Tonsilitis</i>	T2 - Erro de ortografia.
Bronquite	<i>Bronchitis</i>	<i>Bronquitis</i>	T2 - Erro de ortografia.
Obstrução nasal	<i>Nasal obstruction</i>	<i>Nasal obstruction</i>	T2 - Erro de ortografia.
Profissional	<i>Professional</i>	<i>Profissional</i>	T2 - Erro de ortografia.
No sofá	<i>On the sofa</i>	<i>At the sofa</i>	T2 - Erro no uso da preposição - "You can sit on a sofa or in a sofa".

Quadro 5: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de tradução.

5.1.1.2 Exame clínico

Para a etapa de tradução, o exame clínico do Protocolo MBGR foi dividido em 974 itens. Desses 974 itens, 640 foram traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 e 334 apresentaram divergências entre a T1 e a T2.

Fluxograma 2: Síntese de dados da etapa de tradução do exame clínico.

Os 334 itens que apresentaram divergências entre a T1 e a T2 foram divididos e categorizados em dois níveis: lexical e gramatical.

Os itens divergentes no nível lexical foram subdivididos em quatro categorias: (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos, (3) item não traduzido e (4) tradução não equivalente.

Os itens divergentes no nível gramatical foram subdivididos em seis categorias: (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo, (5) uso (ou não) de artigo e (6) erro de tradução.

Os itens divergentes entre a T1 e a T2 foram categorizados de acordo com a característica considerada mais relevante de cada um deles, visto que, na maioria das vezes, um mesmo item pode ser categorizado tanto no nível lexical quanto no nível gramatical; por exemplo, todos os itens que divergiram pela posição do substantivo, no nível gramatical, também são sinônimos, no nível lexical; nesse caso, a posição do substantivo, no nível gramatical, foi considerada a característica mais relevante para a categorização das divergências.

O Quadro 6 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não traduzido.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Categorização
Lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a direita e medir a distância entre a marcação e linha média superior)	<i>Right mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right and measure the distance between the marking and the superior midline)</i>	<i>Right mandible laterality (mark the dental midline of the upper arch on the lower arch, move the mandible to the right and measure the distance between this mark and the upper midline)</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Lateralidade mandibular esquerda (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a esquerda e medir a distância entre a marcação e linha média superior)	<i>Left mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the left and measure the distance between the mark and the superior midline)</i>	<i>Left mandible laterality (mark the dental midline of the upper arch on the lower arch, move the mandible to the left and measure the distance between this mark and the upper midline)</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Somar todos os pontos	<i>Add all scores</i>	<i>Total all of the points</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Recrutamento na contração isométrica	<i>Recruitment in isometric contraction</i>	<i>Recruitment during isometric contraction</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Com marcas dentárias	<i>With teeth marks</i>	<i>With dental markings</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Uso de prótese	<i>Dentures</i>	<i>Use of prosthesis</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Região anterior	<i>Anterior region</i>	<i>Front region</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Região posterior	<i>Posterior region</i>	<i>Rear region</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Dentes posteriores	<i>Posterior teeth</i>	<i>Rear teeth</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Dentes anteriores	<i>Anterior teeth</i>	<i>Front teeth</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Lado preferencial de mastigação	<i>Preferred side to chew</i>	<i>Preferred side for mastication</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.

(conclusão)

Não esperado para a idade	<i>Unexpected for the age</i>	<i>Not expected for the age</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Encaminhamento para outros profissionais (justificativa)	<i>Referral to other professionals (reasons)</i>	<i>Referral to other professionals (justification)</i>	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Observar o paciente em pé e sem calçado	<i>Observe the patient standing barefoot</i>	<i>Observe the patient standing without shoes</i>	Sinônimos.
Movimentos mandibulares e oclusão	<i>Mandibular movements and occlusion</i>	<i>Mandible movements and occlusion</i>	Sinônimos.
Mandíbula (corpo e ramo)	<i>Mandible (body and ramus)</i>	<i>Mandible (body and rami)</i>	Sinônimos.
Reduzida	<i>Reduced</i>	<i>Diminished</i>	Sinônimos.
Aumentada	<i>Increased</i>	<i>Augmented</i>	Sinônimos.
Véu palatino	<i>Palatal veil</i>	<i>Soft palate</i>	Sinônimos.
Trapézio	<i>Trapezius</i>	<i>Trapezius muscle</i>	Sinônimos.
Esternocleidomastoideo	<i>Sternocleidomastoid</i>	<i>Sternocleidomastoid muscle</i>	Sinônimos.
Mastigação	<i>Chewing</i>	<i>Mastication</i>	Sinônimos.
Padrão mastigatório	<i>Chewing pattern</i>	<i>Masticatory pattern</i>	Sinônimos.
Mastigação ruidosa	<i>Noisy chewing</i>	<i>Noisy mastication</i>	Sinônimos.
Contrações musculares não esperadas	<i>Unexpected muscular contractions</i>	<i>Unexpected muscle contractions</i>	Sinônimos.
Na parte média	<i>Middle part</i>		Item não traduzido na T2.
Anterior à parte média	<i>Before the middle part</i>		Item não traduzido na T2.
Arredondada	<i>Rounded</i>		Item não traduzido na T2.
Superior D	<i>Superior R</i>	<i>Upper D</i>	Item não traduzido na T2.
Inferior E	<i>Inferior L</i>	<i>Lower E</i>	Item não traduzido na T2.
Após limpeza	<i>After cleaning</i>	<i>Após limpeza</i>	Item não traduzido na T2.
DTM	<i>TMD</i>	<i>DTM</i>	Item não traduzido na T2.
Roteiro para registro de imagens	<i>Roteiro para registro de imagens</i>	<i>Image records</i>	Item não traduzido na T1.

Quadro 6: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não traduzido.

O Quadro 7 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Explicação
Canto externo do olho direito à comissura direita do lábio	<i>Outer corner of the right eye to the commissure of the right lip</i>	<i>The outer corner of right eye to right commissure of the lip</i>	T1 - Inadequação de sentido - “ <i>to the commissure of the right lip</i> ” (à comissura do lábio direito) soa como se existisse um lábio direito.
Canto externo do olho esquerdo à comissura esquerda do lábio	<i>Outer corner of the left eye to the commissure of the left lip</i>	<i>The outer corner of left eye to left commissure of the lip</i>	T1 - Inadequação de sentido - “ <i>to the commissure of the left lip</i> ” (à comissura do lábio esquerdo) soa como se existisse um lábio esquerdo.
Semelhante	<i>Similar</i>	<i>Equal</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Equal</i> ” (igual) é diferente de “ <i>similar</i> ” (semelhante).
Padrão I (reto)	<i>Standard I (straight)</i>	<i>Pattern I (straight)</i>	T1 - Inadequação lexical - “ <i>Pattern</i> ” (padrão) é o termo técnico já consagrado em artigos sobre a Classificação de Angle (<i>Angle’s Classification</i>)
Padrão II (convexo)	<i>Standard II (convex)</i>	<i>Pattern II (convex)</i>	
Padrão III (côncavo)	<i>Standard III (concave)</i>	<i>Pattern III (concave)</i>	
Uso de aparelho	<i>Use of braces</i>	<i>Use of apparatus</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - A definição de “ <i>apparatus</i> ” é “equipamento técnico ou maquinaria necessária para uma determinada atividade ou finalidade”; logo, “ <i>apparatus</i> ” não equivale à “aparelho” em “uso de aparelho”.
Lábio superior	<i>Upper lip</i>	<i>Upper lips</i>	T2 - Inadequação de sentido - “ <i>Upper lips</i> ” soa como se existissem “lábios superiores”.
Lábio inferior	<i>Lower lip</i>	<i>Lower lips</i>	T2 - Inadequação de sentido - “ <i>Lower lips</i> ” soa como se existissem “lábios inferiores”.
Postura da língua	<i>Tongue posture</i>	<i>Tongue position</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Position</i> ” (posição) é diferente de “ <i>posture</i> ” (postura).
Resíduos após deglutir	<i>Residue after swallow</i>	<i>After swallowing residues</i>	T2 - Inadequação de sentido - “ <i>After swallowing residues</i> ” pode soar como “após ingestão de resíduos”.
Não realiza	<i>Unable</i>	<i>Not realized</i>	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>Realize</i> ” é “tornar-se plenamente consciente de (algo) como um fato; entender claramente”; logo, “ <i>realized</i> ” não equivale à “realiza” em “não realiza”.

(conclusão)

DTM	TMD	TMJ	T2 - Inadequação lexical e de sentido - “TMD” equivale à “temporomandibular disorder” (desordem temporomandibular - DTM) e “TMJ” equivale à “temporomandibular joint” (articulação temporomandibular - ATM).
-----	-----	-----	--

Quadro 7: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível lexical como (4) tradução não equivalente.

O Quadro 8 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo e (5) uso (ou não) de artigo.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Categorização
Descrever	<i>Describe</i>	<i>Description</i>	Classe gramatical diferente.
Sucção da língua no palato	<i>Suck the tongue to the palate</i>	<i>Sucks tongue into palate</i>	Classe gramatical diferente.
Semelhante entre as narinas	<i>Similar between nostrils</i>	<i>Similarity between the nostrils</i>	Classe gramatical diferente.
Engasgo	<i>Choke</i>	<i>Chokes</i>	Classe gramatical diferente.
Tosse	<i>Cough</i>	<i>Coughs</i>	Classe gramatical diferente.
Característica	<i>Characteristics</i>	<i>Characteristic</i>	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Data do exame	<i>Date of exam</i>	<i>Exam date</i>	Posição do substantivo.
Protração da língua	<i>Tongue protraction</i>	<i>Protraction of the tongue</i>	Posição do substantivo.
Vibração da língua	<i>Tongue vibration</i>	<i>Vibration of the tongue</i>	Posição do substantivo.
Abertura da boca	<i>Opening of mouth</i>	<i>Mouth opening</i>	Posição do substantivo.
Contenção do alimento	<i>Containment of food</i>	<i>Food containment</i>	Posição do substantivo.
Movimento da mandíbula	<i>Movement of mandible</i>	<i>Mandible movement</i>	Posição do substantivo.
Movimento dos lábios	<i>Movement of lips</i>	<i>Lips movement</i>	Posição do substantivo.
Movimento da língua	<i>Movement of tongue</i>	<i>Tongue movement</i>	Posição do substantivo.
Velocidade de fala	<i>Speech velocity</i>	<i>Velocity of speech</i>	Posição do substantivo.

(conclusão)

Tipo de voz	<i>Voice type</i>	<i>Type of voice</i>	Posição do substantivo.
Usar o estesiômetro	<i>Use the esthesiometer</i>	<i>Using the esthesiometer</i>	Forma verbal diferente.
Comparar o terço médio com o inferior	<i>Compare middle third with lower third</i>	<i>Compare the middle third with the lower</i>	Uso (ou não) de artigo.
Com a língua	<i>With tongue</i>	<i>With the tongue</i>	Uso (ou não) de artigo.

Quadro 8: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em número, (3) forma verbal diferente, (4) posição do substantivo e (5) uso (ou não) de artigo.

O Quadro 9 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (6) erro de tradução.

Original	Tradução 1	Tradução 2	Explicação
Simétrico	<i>Symmetrical</i>	<i>Symetric</i>	T2 - Erro de ortografia.
Assimétrico	<i>Asymmetrical</i>	<i>Asymetric</i>	T2 - Erro de ortografia.
Ponta baixa e dorso alto	<i>Low tip and high back</i>	<i>Tip low and back high</i>	T2 - Não segue a ordem estrutural de “adjetivo → substantivo” da língua inglesa.
Coordenação	<i>Coordination</i>	<i>Coordenation</i>	T2 - Erro de ortografia.
Dificuldade para deglutir	<i>Difficulty to swallow</i>	<i>Difficulty swallowing</i>	T1 - Erro de regência verbal. <i>Difficulty in doing something.</i> <i>Difficulty</i> + verbo no <i>ing</i> .
Contração do orbicular	<i>Orbicularis contraction</i>	<i>Oribicular contractions</i>	T2 - Erro de ortografia.

Quadro 9: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a T1 e a T2 categorizados no nível gramatical como (6) erro de tradução.

5.1.2 Síntese das traduções

5.1.2.1 História clínica

Na síntese das traduções (T12) da história clínica do Protocolo MBGR, dos 498 itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2, 491 foram mantidos sem reajustes e 7 foram reajustados. E, dos 146 itens divergentes entre a T1 e a T2, 97 foram mantidos como na T1, 19 foram mantidos como na T2 e 30 foram reajustados.

Fluxograma 3: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções da história clínica.

Tanto os reajustes dos itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 quanto os reajustes dos itens divergentes entre a T1 e a T2 foram feitos com base no texto original do Protocolo MBGR, na T1, na T2 e no conhecimento prévio dos tradutores e do perito em Letras, durante a reunião de síntese das traduções. Os tradutores e o perito em Letras buscaram por melhores equivalentes, sem que o sentido dos itens fosse alterado.

O Quadro 10 apresenta alguns itens da história clínica reajustados na T12.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções	Explicação
(Trabalha?) Em que?	<i>Position</i>	<i>Area</i>	<i>Occupation</i>	Uma vez que “ <i>position</i> ” (posição) se refere à cargo e “ <i>area</i> ” (área) refere-se ao ramo de trabalho, optou-se por utilizar o termo “ <i>occupation</i> ” (profissão) que se refere à profissão, ao que “em que” também faz referência.

(continuação)

Bairro	<i>Neighborhood</i>	<i>Neighbourhood</i>		“Bairro” foi omitido da versão de síntese das traduções por não ser usado na cultura norte-americana.
Telefones	<i>Phone</i>	<i>Phone numbers</i>	<i>Phones</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “telefones” em língua inglesa.
Quem indicou para Fonoaudiologia?	<i>Who referred you for Speech Therapy?</i>	<i>Who recommended you for Phonoaudiology?</i>	<i>Who referred you for Speech-Language Therapy?</i>	“Speech-Language Therapy” é um melhor equivalente em língua inglesa para “fonoaudiologia” no sentido de “terapia fonoaudiológica”
Vestir-se	<i>Get dressed</i>	<i>Dressing</i>	<i>Getting dressed</i>	Na história clínica, esse verbo deve concordar com a regência de “difficulty” + verbo no <i>ing.</i>
Abotoar	<i>Button clothes</i>	<i>Buttoning up</i>	<i>Buttoning clothes</i>	Na história clínica, esse verbo deve concordar com a regência de “difficulty” + verbo no <i>ing.</i> O reajuste também buscou completar o sentido de “abotoar” ao acrescentar “clothes” (roupas).
No passado	<i>Past</i>	<i>Realized</i>	<i>In the past</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “no passado” em língua inglesa.
Amamentação	<i>Breast-feeding</i>	<i>Breast-feeding</i>	<i>Infant-feeding</i>	Na história clínica, no tópico “amamentação”, existem as opções “peito” e “mamadeira”; por isso, houve reajuste em “breast-feeding”, que se refere apenas à amamentação no peito, para “infant feeding”, que pode incluir a amamentação no peito e a mamadeira.
Em comparação à família	<i>In relation to family</i>	<i>Regarding family</i>	<i>Compared to family</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “em comparação à família” em língua inglesa.

(continuação)

Em comparação aos amigos	<i>In relation to friends</i>	<i>Regarding friends</i>	<i>Compared to friends</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “em comparação à família” em língua inglesa.
Dificuldade em introduzir	<i>Difficulties to introduce</i>	<i>Difficulty to introduce</i>	<i>Difficulties introducing</i>	O reajuste buscou adequar a regência do verbo; “ <i>difficulty in doing something. Difficulty + verbo no ing</i> ”.
Na maioria das vezes, como e onde faz as refeições?	<i>How and where do you eat most of the time?</i>	<i>How and where do you eat most of the time?</i>	<i>Most of the time, how and where does the patient eat?</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, uma vez que a pergunta não é direcionada ao aplicador do instrumento clínico (o fonoaudiólogo), mas ao paciente.
Uso excessivo do computador	<i>Much computer use</i>	<i>Uses computer a lot</i>	<i>Excessive use of computer</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “uso excessivo do computador” em língua inglesa.
Uso excessivo do celular	<i>Much telephone use</i>	<i>Uses telephone a lot</i>	<i>Excessive use of cellular</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “uso excessivo do celular” em língua inglesa.
Inteligibilidade prejudicada ao telefone	<i>Impaired intelligibility on phone</i>	<i>Impaired phone intelligibility</i>	<i>Impaired intelligibility on the phone</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Demorou a falar	<i>Took a long time to speak</i>	<i>Took time to speak</i>	<i>Took long to speak</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “demorou a falar” em língua inglesa.
Demorou a elaborar frases	<i>Took a long time to elaborate sentences</i>	<i>Took time to elaborate phrases</i>	<i>Took long to elaborate phrases</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “demorou a elaborar frases” em língua inglesa.
Zumbido	<i>Ear ringing</i>	<i>Buzzing</i>	<i>Tinnitus</i>	Tanto “ <i>ear ringing</i> ” como “ <i>buzzing</i> ” são equivalentes em língua inglesa para “zumbido”, mas o termo técnico e consagrado em artigos da área é “ <i>tinnitus</i> ”.
Avaliação audiológica prévia	<i>Previous audiological assessment</i>	<i>Previous audiological assessment</i>	<i>Previous hearing test</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “avaliação audiológica prévia” em língua inglesa.

(conclusão)				
Fonoaudiólogo	<i>Phonoaudiologist</i>	<i>Phonoaudiologist</i>	<i>Speech-Language Pathologist</i>	“ <i>Phonoaudiologist</i> ” não existe na língua inglesa; “ <i>Speech-Language Pathologist</i> ” é o melhor equivalente em língua inglesa para “fonoaudiólogo(a)”.

Quadro 10: Exemplos de itens da história clínica reajustados na T12.

5.1.2.2 Exame clínico

Na síntese das traduções (T12) do exame clínico do Protocolo MBGR, dos 640 itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2, 631 foram mantidos sem reajustes e 9 foram reajustados. E, dos 334 itens divergentes entre a T1 e a T2, 256 foram mantidos como na T1, 31 foram mantidos como na T2 e 47 foram reajustados.

Fluxograma 4: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções do exame clínico.

Tanto os reajustes dos itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 quanto os reajustes dos itens divergentes entre a T1 e a T2 foram feitos com base no texto original do

Protocolo MBGR, na T1, na T2 e no conhecimento prévio dos tradutores e do perito em Letras, durante a reunião de síntese das traduções. Os tradutores e o perito em Letras buscaram por melhores equivalentes, sem que o sentido dos itens fosse alterado.

O Quadro 11 apresenta alguns itens do exame clínico reajustados na T12.

(continua)

Original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese das traduções	Explicação
Canto externo do olho direito à comissura direita do lábio	<i>Outer corner of the right eye to the commissure of the right lip</i>	<i>The outer corner of right eye to right commissure of the lip</i>	<i>Outer corner of the right eye to the right commissure of the lip</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, eliminando o mal-entendido.
Canto externo do olho esquerdo à comissura esquerda do lábio	<i>Outer corner of the left eye to the commissure of the left lip</i>	<i>The outer corner of left eye to left commissure of the lip</i>	<i>Outer corner of the left eye to the left commissure of the lip</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, eliminando o mal-entendido.
Usar paquímetro e lápis cópia, tomar cada medida 3 vezes e calcular a média	<i>Use caliper and copy pencil, take each measurement 3 times and calculate the average</i>	<i>Use both a pachymeter and pencil copy, take each measurement 3 times and calculate the average</i>	<i>Use caliper and copy pencil, take each measurement 3 times, and calculate the average</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de acrescentar a vírgula antes do “and”; essa vírgula é conhecida como “oxford comma” ou “serial comma”.
Lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a direita e medir a distância entre a marcação e linha média superior)	<i>Right mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right and measure the distance between the marking and the superior midline)</i>	<i>Right mandible laterality (mark the dental midline of the upper arch in the lower arch, move the mandible to the right and measure the distance between this mark and the upper midline)</i>	<i>Right mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right, and measure the distance between the marking and the superior midline)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de acrescentar a vírgula antes do “and”; essa vírgula é conhecida como “oxford comma” ou “serial comma”.
Distância interincisal máxima ativa - DIMA (do incisivo central ou lateral superior ao inferior com a máxima abertura da boca)	<i>Maximum active interincisional distance - MID (from the central or lateral superior incisor to the inferior with the maximum opening of the mouth)</i>	<i>Maximum active interincisional distance - MADI (of the central or lateral upper or lower incisor with the maximum opening of the mouth)</i>	<i>Maximum active interincisional distance - MAID (from the central or lateral superior incisor to the inferior with the maximum opening of the mouth)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de adequar a sigla para “maximum active interincisional distance (MAID)”.

(continuação)

Abertura da boca (DIMA + TV)	<i>Opening of the mouth (MID + OB)</i>	<i>Mouth opening (DIMA + VO)</i>	<i>Opening of the mouth (MAID + OB)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de adequar a sigla para “ <i>maximum active interincisional distance (MAID)</i> ” e para “ <i>overbite (OB)</i> ”.
DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMALP)	<i>MID with the apex of the tongue touching the incisive papilla (MIDTP)</i>	<i>DIMA with the apex of the tongue touching the incisive papilla (DIMALP)</i>	<i>MAID with the apex of the tongue touching the incisive papilla (MAIDTP)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de adequar a sigla para “ <i>maximum active interincisional distance (MAID)</i> ” e para “ <i>maximum active interincisional distance with the tongue touching the incisive papilla (MAIDTP)</i> ”.
Somar os pontos de lábios, bochechas, língua, palato, tonsilas, dentes e oclusão	<i>Add scores of lips, tongue, cheeks, palate, tonsils, teeth and occlusion</i>	<i>Total points for lips, tongue, cheeks, palate, tonsils, teeth and occlusion</i>	<i>Add scores of lips, tongue, cheeks, palate, palatine tonsils, teeth, and occlusion</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de acrescentar a vírgula antes do “ <i>and</i> ”; essa vírgula é conhecida como “ <i>oxford comma</i> ” ou “ <i>serial comma</i> ”.
Marcada por aparelho (região)	<i>Braces marks (placement)</i>	<i>Marked by apparatus (localized)</i>	<i>Braces marks (region)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “ <i>marcada por aparelho (região)</i> ” em língua inglesa.
Superior D	<i>Superior R</i>	<i>Upper D</i>	<i>Upper R</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Superior E	<i>Superior L</i>	<i>Upper E</i>	<i>Upper L</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Inferior D	<i>Inferior R</i>	<i>Lower D</i>	<i>Lower R</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.

(conclusão)				
Inferior E	<i>Inferior L</i>	<i>Lower E</i>	<i>Lower L</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Somar os pontos de lábios, língua, véu palatino e mandíbula	<i>Add scores of lips, tongue, palatine veil and mandible</i>	<i>Total points for lips, tongue, soft palate and mandible</i>	<i>Add scores of lips, tongue, soft palate, and mandible</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de acrescentar a vírgula antes do “and”; essa vírgula é conhecida como “ <i>oxford comma</i> ” ou “ <i>serial comma</i> ”.
Somar os pontos de respiração, mastigação, deglutição e fala	<i>Add scores of respiration, chewing, swallow e speech</i>	<i>Total all of the points for respiration, mastication, swallowing and speech</i>	<i>Add scores of breathing, chewing, swallowing, and speech</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, além de acrescentar a vírgula antes do “and”; essa vírgula é conhecida como “ <i>oxford comma</i> ” ou “ <i>serial comma</i> ” e estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Respiração	<i>Respiration</i>	<i>Respiration</i>	<i>Breathing</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
A produção não se altera	<i>The production doesn't change</i>	<i>The production doesn't change</i>	<i>The production does not change</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens, além de retirar a contração de “ <i>doesn't</i> ” que é informal.
Fechamento labial	<i>Lip closing</i>	<i>Lip closure</i>	<i>Closing of lips</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens traduzidos.
Fonoaudiólogo	<i>Phonaudiologist</i>	<i>Phonaudiologist</i>	<i>Speech-Language Pathologist</i>	“ <i>Phonaudiologist</i> ” não existe na língua inglesa; “ <i>Speech-Language Pathologist</i> ” é o melhor equivalente em língua inglesa para “fonoaudiólogo(a)”.

Quadro 11: Exemplos de itens do exame clínico reajustados na T12.

5.1.3 Retrotradução

5.1.3.1 História clínica

Para a etapa de retrotradução, a história clínica do Protocolo MBGR foi dividida em 644 itens. Desses 644 itens, 530 foram retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2 e 114 apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2. Assim como na etapa de tradução, dos 530 itens retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2, 289 itens correspondem à repetição das palavras “não”, “sim” e “às vezes”.

Fluxograma 5: Síntese de dados da etapa de retrotradução da história clínica.

Os 114 itens que apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2 foram divididos e categorizados em dois níveis: lexical e gramatical.

Os itens divergentes no nível lexical foram subdivididos em quatro categorias: (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos, (3) item não retrotraduzido e (4) retrotradução não equivalente.

Os itens divergentes no nível gramatical foram subdivididos em cinco categorias: (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente e (5) uso de preposição diferente.

Os itens divergentes entre a RT1 e a RT2 foram categorizados de acordo com a característica considerada mais relevante de cada um deles, visto que, na maioria das vezes, um mesmo item pode ser categorizado tanto no nível lexical quanto no nível gramatical; por

exemplo, todos os itens que divergiram pelo modo verbal, no nível gramatical, também são sinônimos, no nível lexical; nesse caso, o modo verbal, no nível gramatical, foi considerada a característica mais relevante para a categorização das divergências.

O Quadro 12 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não retrotraduzido.

(continua)

Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Categorização
(Trabalha?) Em que?	<i>Occupation</i>	Ocupação	Profissão	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Já trabalhou	<i>Worked in the past</i>	Trabalhou no passado	Já trabalhou	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
No nascimento	<i>At birth</i>	No nascimento	No parto	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Amamentação	<i>Infant-feeding</i>	Aleitamento	Alimentação de lactentes	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Sem outra atividade	<i>No other activity</i>	Sem fazer outra atividade	Nenhuma outra atividade	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Assistindo à TV	<i>Watching TV</i>	Assistindo à TV	Vendo televisão	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Dor ou desconforto durante a mastigação	<i>Pain or discomfort while chewing</i>	Dor ou desconforto enquanto mastiga	Dor ou desconforto ao mastigar	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Demorou a falar	<i>Took long to speak</i>	Levou muito tempo para falar	Demorou para falar	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.

(conclusão)

Demorou a elaborar frases	<i>Took long to elaborate phrases</i>	Levou muito tempo para elaborar frases	Demorou para elaborar frases	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Queixa principal	<i>Main complaint</i>	Principal queixa	Queixa principal	Sinônimos.
Frênulo lingual	<i>Tongue frenulum</i>	Frênulo lingual	Frênulo da língua	Sinônimos.
Prurido nasal	<i>Nasal itching</i>	Coceira nasal	Coceira no nariz	Sinônimos.
Hábitos de postura	<i>Posture habits</i>	Hábitos posturais	Hábitos de postura	Sinônimos.
Não	<i>No</i>	Não	<i>No</i>	RT1 - Item não retrotraduzido.

Quadro 12: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) item não retrotraduzido.

O Quadro 13 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (4) retrotradução não equivalente.

(continua)

Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Explicação
Grau de parentesco	<i>Relationship</i>	Parentesco	Relação	RT2 - Inadequação de sentido - O item retrotraduzido tem significado/sentido distante do original.
Espirros em salva	<i>Uncontrolled sneezing</i>	Crise de espirro	Espirros sem controle	RT2 - Inadequação de sentido - O item retrotraduzido tem significado/sentido distante do original.
Postura	<i>Posture</i>	Postura	Posição	RT2 - Inadequação lexical e de sentido - “Posição” é diferente de “postura”.
Odontológico	<i>Dental</i>	Ortodôntico	Odontológico	RT1 - Inadequação lexical e de sentido - Ortodontia é uma subárea da Odontologia.
Ausência de produção de sons quando bebê	<i>Absence of sound production when infant</i>	Ausência de produção da fala quando bebê	Ausência da produção de sons na infância	RT2 - Inadequação de sentido - O item retrotraduzido tem significado/sentido distante do original.

(conclusão)

Reprovações	<i>Failures</i>	Falhas	Reprovações	RT1 - Inadequação de sentido - O item retrotraduzido tem significado/sentido distante do original.
-------------	-----------------	--------	-------------	--

Quadro 13: Exemplos itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (4) retrotradução não equivalente.

O Quadro 14 apresenta alguns itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente e (5) uso de preposição diferente.

(continua)

Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Categorização
Interposição do lábio inferior	<i>Interposition of lower lip</i>	Interposição do lábio inferior	Interpõe o lábio inferior	Classe gramatical diferente.
Protração da mandíbula	<i>Protraction of mandible</i>	Projeção da mandíbula	Projeta a mandíbula	Classe gramatical diferente.
Ótima	<i>Great</i>	Ótimo	Ótima	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Boa	<i>Good</i>	Bom	Boa	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Qual	<i>Which</i>	Qual	Quais	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Dor nos ombros	<i>Shoulder pain</i>	Dor no ombro	Dor nos ombros	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Amarrar os sapatos	<i>Tying shoes</i>	Amarrar os sapatos	Amarrar o sapato	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Resfriados frequentes (alteração de via aérea superior)	<i>Frequent colds (alteration of upper airway)</i>	Resfriados frequentes (alteração na via aérea superior)	Resfriado frequente (alteração das vias aéreas superiores)	Flexão de substantivo em número (singular x plural).

(conclusão)

Procedimento	<i>Procedure</i>	Procedimentos	Procedimento	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Dificuldade escolar	<i>Difficulty at school</i>	Dificuldade na escola	Dificuldades na escola	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Descrever	<i>Describe</i>	Descreva	Descrever	Modo verbal diferente.
Ranger dentes	<i>Grinding teeth</i>	Ranger dos dentes	Range dos dentes	Modo verbal diferente.
Roer unhas	<i>Nail biting</i>	Roer as unhas	Rói as unhas	Modo verbal diferente.
Morder mucosa oral	<i>Bite oral mucosa</i>	Morder mucosa oral	Morde mucosa oral	Modo verbal diferente.
Morder objetos	<i>Bite objects</i>	Morder objetos	Morde objetos	Modo verbal diferente.
Uso excessivo do computador	<i>Excessive use of computer</i>	Usar muito o computador	Usa bastante o computador	Modo verbal diferente.
Uso excessivo do celular	<i>Excessive use of cellular</i>	Usar muito o telefone	Usa bastante o telefone	Modo verbal diferente.
Explique	<i>Explain</i>	Explique	Explicar	Modo verbal diferente.
Dificuldade ao abrir a boca	<i>Difficulty opening mouth</i>	Dificuldade em abrir a boca	Dificuldade para abrir a boca	Uso de preposição diferente.
Dificuldade ao movimentar a mandíbula para os lados	<i>Difficulty moving the mandible from side to side</i>	Dificuldade em mover a mandíbula de um lado para o outro	Dificuldade para mover a mandíbula de um lado para o outro	Uso de preposição diferente.
Tem dificuldade motora para	<i>Motor difficulty in</i>	Dificuldade motora ao	Dificuldade motora para	Uso de preposição diferente.
Dificuldade mastigatória	<i>Difficulty chewing</i>	Dificuldade em mastigar	Dificuldade para mastigar	Uso de preposição diferente.

Quadro 14: Exemplos de itens da história clínica divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente e (5) uso de preposição diferente.

5.1.3.2 Exame clínico

Para a etapa de retrotradução, o exame clínico do Protocolo MBGR foi dividido em 974 itens. Desses 974 itens, 644 foram retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2 e 330 apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2.

Fluxograma 6: Síntese de dados da etapa de retrotradução do exame clínico.

Os 330 itens que apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2 foram divididos e categorizados em dois níveis: lexical e gramatical.

Os itens divergentes no nível lexical foram subdivididos em três categorias: (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto, (2) sinônimos e (3) retrotradução não equivalente.

Os itens divergentes no nível gramatical foram subdivididos em oito categorias: (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente, (5) pontuação, (6) uso de preposição diferente, (7) uso (ou não) de preposição e (8) erro de retrotradução.

Os itens divergentes entre a RT1 e a RT2 foram categorizados de acordo com a característica considerada mais relevante de cada um deles, visto que, na maioria das vezes, um mesmo item pode ser categorizado tanto no nível lexical quanto no nível gramatical; por exemplo, todos os itens que divergiram pelo modo verbal, no nível gramatical, também são sinônimos, no nível lexical; nesse caso, o modo verbal, no nível gramatical, foi considerado a característica mais relevante para a categorização das divergências.

O Quadro 15 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto e (2) sinônimos.

(continua)

Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Categorização
1ª medida (mm)	<i>1st measurement (mm)</i>	1ª medida (mm)	1ª medição (mm)	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Usar paquímetro e lápis cópia, tomar cada medida 3 vezes e calcular a média	<i>Use caliper and copy pencil, take each measurement 3 times, and calculate the average</i>	Use paquímetro e lápis, tire cada medida 3 vezes e calcule a média	Com paquímetro e lápis cópia, realize cada medição três vezes e calcule a média	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Altura da face - A (glabella a gnatio) (soma do terço médio e do inferior)	<i>Height of the face - H (glabella to gnathion) (sum of middle third with lower)</i>	Altura da face - A (da glabella ao gnatio) (soma do terço médio com o inferior)	Altura da face - A (da glabella ao gnatio) (soma do terço médio com o terço inferior)	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Somar os pontos de face, lábios e masseter	<i>Add facial, lip, and masseter scores</i>	Some as pontuações da face, lábios e masseter	Some os pontos de face, lábios e masseter	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Removidas	<i>Removed</i>	Removidas	Extraídas	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Se alterada, a origem é	<i>If altered, the origin is</i>	Se alterado, a origem é	Caso haja alteração, a origem é	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Após limpeza	<i>After cleaning:</i>	Após limpeza	Depois de limpar	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Unilateral preferencial (66% - 75%)	<i>Unilateral preferential (66% - 75%)</i>	Preferencialmente unilateral (66% - 75%)	Unilateral preferencial (de 66% a 75%)	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Ausência/pouca vibração do ápice da língua	<i>Absent/little vibration of tongue apex</i>	Vibração ausente/pouca vibração do ápice da língua	Pouca vibração/vibração ausente do ápice da língua	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
No caso de distorção, relaciona-se à	<i>In the case of distortion, it relates to</i>	Em caso de distorção, se relaciona com	Em caso de distorção, está relacionada à	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.
Posição da língua na fala	<i>Position of tongue in speech</i>	Posição da língua durante a fala	Posição da língua na fala	Equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.

(conclusão)

Somar todos os pontos	<i>Add all scores</i>	Some todas as pontuações	Some todos os pontos	Sinônimos.
Média (A semelhante a La)	<i>Average (H similar to W)</i>	Média (A similar à L)	Média (A semelhante a L)	Sinônimos.
Plano infraorbitário	<i>Infraorbital plane</i>	Plano infraorbitário	Plano infraorbital	Sinônimos.
Comissura dos lábios	<i>Commissure of the lips</i>	Comissura dos lábios	Comissura labial	Sinônimos.
Nº de dentes	<i>Nº of teeth</i>	Número de dentes	Nº de dentes	Sinônimos.
Somar os pontos de respiração, mastigação, deglutição e fala	<i>Add scores of breathing, chewing, swallowing, and speech</i>	Some todas as pontuações de respiração, mastigação, deglutição e fala	Some todos os pontos de respiração, mastigação, deglutição e fala	Sinônimos.

Quadro 15: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (1) equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto e (2) sinônimos.

O Quadro 16 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (3) retrotradução não equivalente.

(continua)

Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Explicação
Medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão	<i>Face, mandibular movement, and occlusion measurements</i>	Face, movimento mandibular e medidas de oclusão	Medição da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão	RT1 - Inadequação de sentido - O item retrotraduzido tem significado/significado distante do original.
Canto externo do olho direito à comissura direita do lábio	<i>Outer corner of the right eye to the right commissure of the lip</i>	Canto externo do olho direito até a comissura do lábio direito	Canto externo do olho direito até a comissura labial direita	RT1 - Inadequação de sentido - Não existe “lábio direito”.
Canto externo do olho esquerdo à comissura esquerda do lábio	<i>Outer corner of the left eye to the left commissure of the lip</i>	Canto externo do olho esquerdo até a comissura do lábio esquerdo	Canto externo do olho esquerdo até a comissura labial esquerda	RT1 - Inadequação de sentido - Não existe “lábio esquerdo”.
DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMALP)	<i>MAID with the apex of the tongue touching the incisive papilla (MAIDTP)</i>	DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMATP)	DIMA com o ápice da língua em contato com a papila incisiva (DIMALP)	RT1 - A retrotradução não adequou a sigla “DIMATP” para o seu equivalente em língua portuguesa.
Avaliar por observação visual e palpação	<i>Assess via visual observation and palpation</i>	Acesso via observação visual e palpação	Avalie por meio de observação visual e palpação	RT1 - Inadequação lexical e de sentido - “Assess” é “avaliar”, não é “acesso” (<i>access</i>).

(conclusão)				
DTM	<i>TMD</i>	ATM	DTM	RT1 - Inadequação lexical e de sentido - “ <i>TMD</i> ” equivale à “ <i>temporomandibular disorder</i> ” (desordem temporomandibular - DTM) e “ <i>TMJ</i> ” equivale à “ <i>temporomandibular joint</i> ” (articulação temporomandibular - ATM).

Quadro 16: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível lexical como (3) retrotradução não equivalente.

O Quadro 17 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente, (5) pontuação, (6) uso de preposição diferente e (7) uso (ou não) de preposição.

(continua)				
Original	Síntese das traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Categorização
Nomeação de figuras	<i>Naming of figures</i>	Nomeando figuras	Nomeação de figuras	Classe gramatical diferente.
Leitura de palavras	<i>Reading of words</i>	Lendo palavras	Leitura de palavras	Classe gramatical diferente.
Protração da língua	<i>Protraction of the tongue</i>	Protração da língua	Protrair a língua	Classe gramatical diferente.
Vibração da língua	<i>Vibration of the tongue</i>	Vibração da língua	Vibrar a língua	Classe gramatical diferente.
Assimétrica	<i>Asymmetrical</i>	Assimétrico	Assimétrica	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Simultâneo	<i>Simultaneous</i>	Simultânea	Simultâneo	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Adequada	<i>Adequate</i>	Adequado	Adequada	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).

(continuação)

Direito	<i>Right</i>	Direito	Direita	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Esquerdo	<i>Left</i>	Esquerdo	Esquerda	Flexão de substantivo em gênero (masculino x feminino).
Superior	<i>Upper</i>	Superiores	Superior	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Funcional	<i>Functional</i>	Funcional	Funcionais	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Estrutural	<i>Structural</i>	Estrutural	Estruturais	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Neuromuscular	<i>Neuromuscular</i>	Neuromuscular	Neuromusculares	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Uso de medicação	<i>Use of medication</i>	Uso de medicamentos	Uso de medicamento	Flexão de substantivo em número (singular x plural).
Lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a direita e medir a distância entre a marcação e linha média superior)	<i>Right mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right, and measure the distance between the marking and the superior midline)</i>	Lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária do arco superior no arco inferior, mover a mandíbula à direita e medir a distância entre a marcação e a linha média superior)	Lateralidade mandibular direita (marque a linha média dentária do arco superior no arco inferior, mova a mandíbula para a direita e meça a distância entre a marcação e a linha média superior)	Modo verbal diferente.
Lateralidade mandibular esquerda (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a esquerda e medir a distância entre a marcação e linha média superior)	<i>Left mandibular laterality (mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the left, and measure the distance between the mark and the superior midline)</i>	Lateralidade mandibular esquerda (marcar a linha média dentária do arco superior no arco inferior, mova a mandíbula para a esquerda e mede a distância entre a marca e a linha média superior)	Lateralidade mandibular esquerda (marque a linha média dentária do arco superior no arco inferior, mova a mandíbula para a direita e meça a distância entre a marcação e a linha média superior)	Modo verbal diferente.

(conclusão)

Toque do ápice na papila incisiva	<i>Touch of apex on the incisive papilla</i>	Toque do ápice na papila incisiva	Tocar o ápice na papila incisiva	Modo verbal diferente.
Toque do ápice na bochecha D	<i>Touch of apex on R cheek</i>	Toque do ápice na bochecha D	Tocar o ápice na bochecha D	Modo verbal diferente.
Toque do ápice na bochecha E	<i>Touch of apex on L cheek</i>	Toque do ápice na bochecha E	Tocar o ápice na bochecha E	Modo verbal diferente.
Lábio inferior tocando os dentes superiores	<i>Lower lip touching upper teeth</i>	Lábio inferior tocando os dentes superiores	Lábio inferior toca os dentes superiores	Modo verbal diferente.
Lábio inferior em contato com dentes superiores	<i>Lower lip in contact with upper teeth</i>	Lábio inferior tocando os dentes superiores	Lábio inferior toca os dentes superiores	Modo verbal diferente.
Observar o paciente em pé e sem calçado	<i>Observe the patient standing barefoot</i>	Observe o paciente em pé descalço	Observe o paciente em pé, descalço	Pontuação.
Comparar a altura (A) com a largura (La):	<i>Compare the height (H) with the width (W):</i>	Compare a altura (A) com a largura (L):	Compare a altura (A) à largura (L):	Uso de preposição diferente.
Protração de lábios fechados à D	<i>Protraction of closed lips to the R</i>	Protração de lábios fechados para a D	Protração de lábios fechados à D	Uso de preposição diferente.
Gole por gole	<i>Sip by sip</i>	Gole em gole	Gole por gole	Uso de preposição diferente.
Dificuldade para deglutir	<i>Difficulty swallowing</i>	Dificuldade em deglutir	Dificuldade para deglutir	Uso de preposição diferente.
Rotação D	<i>Rotation R</i>	Rotação D	Rotação para D	Uso (ou não) de preposição.
Inclinação D	<i>Inclination R</i>	Inclinação D	Inclinação para D	Uso (ou não) de preposição.

Quadro 17: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (1) classe gramatical diferente, (2) flexão de substantivo em gênero, (3) flexão de substantivo em número, (4) modo verbal diferente, (5) pontuação, (6) uso de preposição diferente e (7) uso (ou não) de preposição.

O Quadro 18 apresenta alguns itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de retrotradução.

(continua)

Original	Síntese das Traduções	Retrotradução 1	Retrotradução 2	Explicação
Lábio superior (subnasal ao ponto mais inferior do lábio superior)	<i>Upper lip (subnasal to the lowest point of the upper lip)</i>	Lábio superior (do subnasal ao ponto mais baixo do lábio inferior)	Lábio superior (subnasal até o ponto mais baixo do lábio superior)	RT1 - “Upper lip” foi retrotraduzido como “lábio inferior”.

(conclusão)				
Trespasse horizontal - TH (medir a distância entre as faces incisais dos incisivos superiores e inferiores, no plano horizontal)	<i>Overjet - OJ (measure the distance between the incisal faces of the upper and lower incisors on the horizontal plane)</i>	Transpasse horizontal - TH (medir a distância entre as faces incisais dos incisivos superiores e inferiores no plano horizontal)	Trespasse horizontal - TO (meça a distância entre a face incisal dos incisivos superiores e inferiores no plano horizontal)	RT2 - A sigla de “transpasse/trespasse horizontal” não é equivalente (TH).

Quadro 18: Exemplos de itens do exame clínico divergentes entre a RT1 e a RT2 categorizados no nível gramatical como (8) erro de retrotradução.

5.1.4 Banca de especialistas

5.1.4.1 História clínica

Para a banca de especialistas, a história clínica do Protocolo MBGR foi dividida em 644 itens.

Desses 644 itens, 625 foram pontuados como “4 = item equivalente” por todos os membros da banca de especialistas e totalizaram a pontuação máxima do IVC; 16 apresentaram IVC igual à 0,8 e 3 apresentaram IVC inferior à 0,8.

Dos 625 itens que totalizaram a pontuação máxima do IVC, 30 receberam sugestões de ajustes nas traduções.

Fluxograma 7: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas da história clínica.

O Quadro 19 apresenta alguns itens da história clínica com máxima pontuação do IVC cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

(continua)

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Data do exame	<i>Date of exam</i>	<i>Date of examination</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “data do exame” em língua inglesa.
Grau de parentesco	<i>Relationship</i>	<i>Family relationship</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “grau de parentesco” em língua inglesa.
Endereço	<i>Address</i>	Sugiro trocar “número”, “complemento” e “bairro” em português, por apenas duas linhas “Address 1:” e “Address 2:” em inglês.	O reajuste buscou adaptar os itens para a cultura do receptor do texto de chegada.
Nº	<i>Nº</i>		
Complemento	<i>Additional</i>		
Bairro			
CEP	<i>Postal code</i>	<i>ZIP code</i>	O reajuste buscou adaptar o item para a cultura do receptor do texto de chegada.
Dificuldade ao abrir a boca	<i>Difficulty opening mouth</i>	<i>Difficulty opening the mouth</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.

(conclusão)

Até 5 anos de idade: acima de 12 episódios/ano	<i>Up to 5 years over 12 episodes/year</i>	<i>Up to 5 years old - over 12 episodes/year</i>	Uso de pontuação (hífen) para melhorar o sentido da frase.
Entre 6 e 12 anos de idade: acima de 6 episódios/ano	<i>Between 6 and 12 years over 6 episodes/year</i>	<i>Between 6 and 12 years old - over 6 episodes/year</i>	Uso de pontuação (hífen) para melhorar o sentido da frase.
Ingestão de água à noite	<i>Drink water at night</i>	<i>Water intake at night:</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Aparelho fixo	<i>Fixed braces</i>	<i>Fixed orthodontic appliances</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Aparelho removível	<i>Removable braces</i>	<i>Removable orthodontic appliances</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
De maneira geral, ingere alimentos predominantemente	<i>In general, predominant diet is</i>	<i>In general, the predominant diet consists of</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Interposição do lábio inferior	<i>Interposition of lower lip</i>	<i>Interposition of the lower lip</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.

Quadro 19: Exemplos de itens da história clínica com máxima pontuação do IVC cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

O Quadro 20 mostra alguns itens da história clínica que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

(continua)

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Informante	<i>Informant</i>	<i>Respondent</i>	O reajuste buscou por um termo mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica.
Quantos	<i>Number</i>	<i>How many</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “quantos” em língua inglesa.
Ruído na ATM	<i>Jaw noise</i>	<i>TMJ noise</i>	“TMJ” (<i>temporomandibular joint</i>) é um melhor equivalente para “ATM” (articulação temporomandibular).

(conclusão)

Dor na ATM	<i>Jaw pain</i>	<i>TMJ pain</i>	“TMJ” (<i>temporomandibular joint</i>) é um melhor equivalente para “ATM” (articulação temporomandibular).
Prurido nasal	<i>Nasal itching</i>	<i>Nasal pruritus</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Espirros em salva	<i>Uncontrolled sneezing</i>	<i>Repeated sneezing</i>	“Espirros em salva” é uma sequência de vários espirros; “ <i>uncontrolled sneezing</i> ” soa como se o paciente espirasse descontroladamente.
Sialorreia	<i>Drooling</i>	<i>Sialorrhea</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Decúbito lateral	<i>On side</i>	<i>Lateral decubitus</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Decúbito dorsal	<i>Belly up</i>	<i>Dorsal decubitus</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Decúbito ventral	<i>Belly down</i>	<i>Prone</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Ausência de produção de sons quando bebê	<i>Absence of sound production when infant</i>	<i>Absence of sound production as a baby</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Demorou a falar	<i>Took long to speak</i>	<i>Took long to start speaking</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Demorou a elaborar frases	<i>Took long to elaborate phrases</i>	<i>Took long to start elaborating sentences</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.

Quadro 20: Exemplos de itens da história clínica que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

O Quadro 21 mostra alguns itens da história clínica que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Até que ano estudou	<i>What is the highest year of school or college you have ever completed?</i> () <i>Grade school</i> () <i>High school</i> () <i>College</i> () <i>Post graduation</i>	<i>What is the patient's highest year of school or college completed?</i> () <i>Elementary school</i> () <i>High school</i> () <i>Undergraduate studies</i> () <i>Graduate studies</i>	O reajuste buscou adaptar os itens para a cultura do receptor do texto de chegada.
Umidificar os lábios	<i>Humidification of lips</i>	<i>Moistening of lips</i>	“ <i>Humidification</i> ” pode ser entendido como fator externo, como pegar um lenço molhado para umidificar os lábios; “ <i>moisten</i> ” está relacionado ao hábito oral.

Quadro 21: Exemplos de itens da história clínica que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

5.1.4.2 Exame clínico

Para a banca de especialistas, o exame clínico do Protocolo MBGR foi dividido em 974 itens.

Desses 974 itens, 937 foram pontuados como “4 = item equivalente” por todos os membros avaliadores e totalizaram a pontuação máxima do IVC; 31 apresentaram IVC igual à 0,8 e 6 apresentaram IVC inferior à 0,8.

Dos 937 itens que totalizaram a pontuação máxima do IVC, 136 receberam sugestões de ajustes nas traduções.

Fluxograma 8: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas do exame clínico.

O Quadro 22 apresenta alguns itens do exame clínico com máxima pontuação cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

(continua)

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Data do exame	<i>Date of exam</i>	<i>Date of examination</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Usar paquímetro e lápis cópia, tomar cada medida 3 vezes e calcular a média	<i>Use caliper and copy pencil, take each measurement 3 times, and calculate the average</i>	<i>Use caliper and copying pencil, take each measurement 3 times, and calculate the average</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Exame extraoral	<i>Extraoral exam</i>	<i>Extraoral examination</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Somar os pontos da face, lábios e masseter	<i>Add facial, lip, and masseter scores</i>	<i>Add scores for face, lips, and masseter</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Melhor resultado = 0 e pior = 30	<i>Best result = 0 and worst = 30</i>	<i>Best result = 0; worst result = 30</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
Somar os pontos das normas frontal e lateral	<i>Add the points attributed to the frontal and lateral norms</i>	<i>Add scores for frontal and lateral norms</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.

(continuação)

Somar os pontos da análise facial numérica e subjetiva	<i>Add the points attributed to numerical and subjective facial analysis</i>	<i>Add scores for numerical and subjective facial analysis</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
Em asa de gaivota (1º e 2º arcos do cupido)	<i>Seagull's wing (1st and 2nd cupid's bow)</i>	<i>Seagull's wing (1st and 2nd cupid's bows)</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa e por adequações gramaticais.
Exame intraoral	<i>Intraoral exam</i>	<i>Intraoral examination</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
Somar os pontos de lábios, bochechas, língua, palato, tonsilas, dentes e oclusão	<i>Add scores of lips, tongue, cheeks, palate, palatine tonsils, teeth, and occlusion</i>	<i>Add scores for lips, cheeks, tongue, palate, palatine tonsils, teeth, and occlusion</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
Marcas dentárias/aparelho D	<i>Teeth/braces marks R</i>	<i>Teeth/orthodontic appliances marks R</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Marcas dentárias/aparelho E	<i>Teeth/braces marks L</i>	<i>Teeth/orthodontic appliances marks L</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Parte média	<i>Middle part</i>	<i>On the middle part</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
Não se eleva	<i>Doesn't elevate</i>	<i>Does not elevate</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens, além de retirar a contração de "doesn't" que é informal.
Somar os pontos de lábios, língua, véu palatino e mandíbula	<i>Add scores of lips, tongue, soft palate, and mandible</i>	<i>Add scores for lips, tongue, soft palate, and mandible</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
O paciente deve manter os dentes ocluídos	<i>The patient should keep teeth occluded</i>	<i>The patient must keep teeth occluded</i>	"Should" pode soar como sugestão e, por isso, foi reajustado para "must" que sugere ordem.
Somar os pontos de respiração, mastigação, deglutição e fala	<i>Add scores of breathing, chewing, swallowing, and speech</i>	<i>Add scores for breathing, chewing, swallowing, and speech</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.
Solicitar que o paciente coloque água na boca e degluta somente após a ordem	<i>Request the patient to put water in the mouth and swallow only after evaluator's order</i>	<i>Request that the patient put water in the mouth and swallow it only after the evaluator's order</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa e por adequações gramaticais.
Somar os pontos das quatro provas	<i>Add scores of the four tests</i>	<i>Add scores for the four tests</i>	O reajuste buscou estabelecer um paralelismo entre os itens.

(conclusão)

Uso reduzido nasal	<i>Reduced nasal use</i>	<i>Hyponasality</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Uso excessivo nasal	<i>Excessive nasal use</i>	<i>Hypernasality</i>	O reajuste buscou por um termo técnico e recorrente em artigos da área.
Imagens dinâmicas	<i>Dynamic images</i>	<i>Video registration</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase.
Imagens estáticas	<i>Static images</i>	<i>Photo registration</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase.

Quadro 22: Exemplos de itens do exame clínico com máxima pontuação cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

O Quadro 23 mostra alguns itens do exame clínico que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

(continua)

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Peso corporal: ____ kg	<i>Weight: ____ kg</i>	<i>Weight: ____ lb.</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Altura corporal: ____ m	<i>Height: ____ m</i>	<i>Height: ____ ft. ____ in.</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão	<i>Face, mandibular movement, and occlusion measurements</i>	<i>Measurements of face, mandibular movements, and occlusion</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa, eliminando a ambiguidade gerada na etapa de tradução.
1ª medida (mm)	<i>1st measurement (mm)</i>	<i>1st measurement (in)</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
2ª medida (mm)	<i>2nd measurement (mm)</i>	<i>2nd measurement (in)</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.

(conclusão)

3ª medida (mm)	<i>3rd measurement (mm)</i>	<i>3rd measurement (in)</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Média (mm)	<i>Average (mm)</i>	<i>Average (in)</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Falha dentária	<i>Absence of teeth</i>	<i>Dental defects</i>	“ <i>Dental defects</i> ” soa melhor nesse contexto, uma vez que a falha dentária pode incluir outras condições, como dentes tortos ou cáries, não apenas a ausência de dentes.
Valores esperados: criança = 35 a 50mm / adulto = 40 a 55mm	<i>Expected values: child = 35 to 50mm / adult = 40 to 55mm</i>	<i>Expected values: child = 1.37in. to 1.96in. / adult = 1.57in. to 2.16in.</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Valores esperados: criança (6 a 12 anos) = 6 a 10mm / adulto = 8 a 12mm	<i>Expected values: child (6 to 12 years) = 6 to 10mm / adult = 8 to 12mm</i>	<i>Expected values: child (6 to 12 years) = 0.23in. to 0.39in. / adult = 0.31in. to 0.47in.</i>	O reajuste buscou adaptar as unidades de medida para a cultura do receptor do texto de chegada.
Dor à palpação	<i>Palpation pain</i>	<i>Pain on palpation</i>	O reajuste buscou por um melhor equivalente para “dor à palpação” em língua inglesa.

Quadro 23: Exemplos de itens do exame clínico que apresentaram IVC igual à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

O Quadro 24 mostra alguns itens do exame clínico que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

(continua)

Original	Versão prévia	Sugestão da banca de especialistas	Justificativa
Troca do ponto articulatório	<i>Articulation point exchange</i>	<i>Change in place of articulation</i>	“Exchange” é “troca” no sentido de dar uma coisa e receber outra em troca e, por isso, o item foi reajustado, buscando por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.

(conclusão)

No caso de troca de ponto articulatório	<i>In the case of exchange of articulation point</i>	<i>In case of change in place of articulation</i>	“Exchange” é “troca” no sentido de dar uma coisa e receber outra em troca e, por isso, o item foi reajustado, buscando por um melhor equivalente para a frase em língua inglesa.
---	--	---	--

Quadro 24: Exemplos de itens do exame clínico que apresentaram IVC inferior à 0,8 cujas sugestões de ajustes nas traduções foram consideradas pela banca de especialistas.

5.1.5 Pré-teste

5.1.5.1 História clínica - pré-teste I

Para o pré-teste I, a história clínica do Protocolo MBGR foi dividida em 644 itens.

Desses 644 itens, 54 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa, aproximadamente, 8% do total de itens.

O Quadro 25 apresenta alguns itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

(continua)

Original	Versão pré-final para o pré-teste I	Comentário	Item reajustado
Nº	Nº	<i>Does this stand for "number"? If so, maybe clarify by saying whether you're asking for "ID number", "MRN".</i>	Conforme sugerido, o item foi alterado para “ MRN ” que significa “ <i>Medical Record Number</i> ”, já que “Nº” equivale ao número do registro do paciente.
Idade	<i>Age</i>	<i>You do not need this “____ years and ____ months” here.</i>	Conforme sugerido, optou-se por omitir os termos “____ years and ____ months” e usar apenas “ Age: ____ ”.
____ anos e ____ meses	<i>____ years and ____ months</i>		

(continuação)

Estado civil	<i>Marital status</i>	<i>You do not need this here.</i>	Por não ser recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos, o termo “ <i>marital status</i> ” foi omitido na versão do instrumento em língua inglesa.
Informante	<i>Respondent</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	Optou-se por unir os dois itens em uma única estrutura recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Relationship to individual completing form:</i> () <i>Self</i> () <i>Parent</i> () <i>Caregiver</i> () <i>Other: _____</i> ”.
Grau de parentesco	<i>Family relationship</i>	<i>I am confused about what this is asking for.</i>	
Estuda	<i>Studies</i>	<i>These questions seem unclear. You could change it to “educational background”?</i>	Optou-se por unir os dois itens em uma única estrutura recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Educational background</i> ”.
Em qual ano	<i>Grade</i>		
Até que ano estudou	<i>What is the patient’s highest year of school or college completed?</i> () <i>Elementary school</i> () <i>High school</i> () <i>Undergraduate studies</i> () <i>Graduate studies</i>	<i>You could change all of it to “highest level of education”.</i>	Optou-se por unir os dois itens em uma única estrutura recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Highest level of education</i> ”
Trabalha	<i>Works</i>	<i>These questions typically show up as “employment” on questionnaires.</i>	Optou-se por utilizar uma estrutura recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Employment:</i> () <i>Employed</i> <i>Job Title: _____</i> () <i>Unemployed</i> () <i>Retired</i> ”.
Em que?	<i>Occupation</i>		
Já trabalhou	<i>Has worked in the past</i>	<i>You could change it to “previous work experience”.</i>	Optou-se por utilizar uma estrutura recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Previous work experience</i> ”

(continuação)

Atividade física	<i>Performs physical exercises</i>	<i>You could change it to "physical activity".</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para "Physical activity" .
Qual	<i>Which</i>	<i>You could change it to "explain" or "describe".</i>	Para os norte-americanos, <i>"which"</i> denota escolha entre uma ou outra(s) coisa(s); por isso, o item foi reajustado para "Describe" , conforme sugerido.
Queixa principal	<i>Main complaint</i>	<i>You could change it to "main concern" or "primary concern".</i>	Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, <i>"complaint"</i> soa como um sentido pejorativo de "reclamação", enquanto <i>"concern"</i> , além de soar melhor (eufemismo), como "preocupação", é recorrente em instrumentos de avaliação clínica; por isso, o item foi reajustado para "Main concern" .
Outras queixas relacionadas à	<i>Other related complaints</i>	<i>You could change it to "other related concerns".</i>	Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, <i>"complaint"</i> , nesse contexto, tem sentido pejorativo de "reclamação", enquanto <i>"concern"</i> , além de soar melhor (eufemismo), como "preocupação", é recorrente em instrumentos de avaliação clínica; por isso, o item foi reajustado para "Other related concerns" .
Sucção	<i>Suction</i>	<i>You should consider using "sucking" instead of "suction".</i>	Tende-se a traduzir palavras terminadas em "-ão" na língua portuguesa por palavras terminadas em "-tion" na língua inglesa; porém, para os norte-americanos, <i>"suction"</i> não soa natural; o substantivo aparece comumente como <i>"sucking"</i> ; por isso, o item foi reajustado para "Sucking" .
Antecedentes familiares	<i>Family history</i>	<i>I am confused about what this is asking for.</i>	Optou-se por completar o significado e o sentido de "histórico familiar"; por isso, o item foi reajustado para "Family history of relevant conditions" .

(continuação)

Problemas de saúde	<i>Health problems</i>	<i>You should consider using “conditions” instead of “problems”.</i>	Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, “ <i>problems</i> ”, nesse contexto, tem sentido pejorativo de “problemas de saúde”, enquanto “ <i>conditions</i> ”, além de soar melhor (eufemismo), como “condições de saúde”, é recorrente em instrumentos de avaliação clínica; por isso, o item foi reajustado para “ <i>Health conditions</i> ”.
Prurido nasal	<i>Nasal pruritus</i>	<i>You could change it to “nasal itching”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Nasal itching</i> ”, por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos.
Coriza	<i>Coryza</i>	<i>I’m not familiar with this word.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, optou-se por manter e explicar o termo; por isso, o item foi reajustado para “ <i>Coryza (nasal inflammation)</i> ”.
Resfriados frequentes (alteração de via aérea superior)	<i>Frequent colds (alteration of upper airway)</i>	<i>You should consider using “infection” instead of “alteration”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Frequent colds (infection of upper airway)</i> ”.
Sialorreia	<i>Sialorrhea</i>	<i>I’m not familiar with this word.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, optou-se por manter e explicar o termo e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Sialorrhea (hyper salivation)</i> ”.
Decúbito lateral	<i>Lateral decubitus</i>	<i>I’m not familiar with this word.</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos, optou-se por simplificar o termo técnico e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>Side</i> ”.
Decúbito dorsal	<i>Dorsal decubitus</i>	<i>I’m not familiar with this word.</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos, optou-se por simplificar o termo técnico; por isso, o item foi reajustado para “ <i>Supine</i> ”.

(continuação)

Até quando	<i>Up to</i>	<i>You could change it to “for how long”.</i>	Em contexto, “até quando” equivale à “por quanto tempo”; segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, “ <i>up to</i> ” não é a melhor opção para se referir ao tempo e, por isso, o item foi reajustado para “ <i>For how long</i> ”.
De maneira geral, ingere alimentos predominantemente	<i>In general, the predominant diet consists of</i>	<i>You could change it to “in general, the patient’s diet mostly consists of”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>In general, the patient’s diet mostly consists of</i> ”.
Pastosos	<i>Pastes</i>	<i>You should consider using “purees” instead of “pastes”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Purees</i> ”, por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos.
Lendo	<i>Reading</i>	<i>You should insert the word “while” to give us the idea that two things are being done at the same time; the patient is eating and/while reading.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>While reading</i> ”.
Assistindo à TV	<i>Watching TV</i>	<i>You should insert the word “while” to give us the idea that two things are being done at the same time; the patient is eating and/while watching TV.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>While watching TV</i> ”.
Fazendo lição	<i>Doing homework</i>	<i>You should insert the word “while” to give us the idea that two things are being done at the same time; the patient is eating and/while doing homework.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>While doing homework</i> ”.
Em frente ao computador	<i>Using the computer</i>	<i>You should insert the word “while” to give us the idea that two things are being done at the same time; the patient is eating and/while using the computer.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>While using the computer</i> ”.

(continuação)

Sucção de língua	<i>Suction of the tongue</i>	<i>You should consider using "tongue sucking" instead of "suction of the tongue".</i>	Tende-se a traduzir palavras terminadas em “-ão” na língua portuguesa por palavras terminadas em “-tion” na língua inglesa; porém, para os norte-americanos, “ <i>suction</i> ” não soa natural; o substantivo aparece comumente como “ <i>sucking</i> ”; por isso, o item foi reajustado para “ <i>Sucking of the tongue</i> ”.
Protração da mandíbula	<i>Protraction of the mandible</i>	<i>You should consider using "protrusion" instead of "protraction".</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Protrusion of the mandible</i> ”.
Intencionalidade prejudicada	<i>Impaired intentionality</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	O item foi reajustado para “ <i>Delayed social interaction</i> ”, por ter o significado equivalente ao significado de “intencionalidade prejudicada” no instrumento em língua portuguesa.
Ausência de produção de sons quando bebê	<i>Absence of sound production as a baby</i>	<i>You could change it to "delayed babble as a baby".</i>	O item foi reajustado para “ <i>Delayed babble as a baby</i> ”, por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos.
Demorou a falar	<i>Took long to start speaking</i>	<i>You could change it to "delayed speech".</i>	O item foi reajustado para “ <i>Delayed speech</i> ”, por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos.
Demorou a elaborar frases	<i>Took long to start elaborating sentences</i>	<i>You could change it to "delayed language".</i>	O item foi reajustado para “ <i>Delayed language</i> ”, por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos.

(conclusão)			
Dificuldade de compreensão	<i>Difficulty in understanding</i>	<i>Revise to “difficulty understanding” and consider using “comprehending” instead of “understanding”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Difficulty comprehending” .
Dificuldade escolar	<i>Difficulty at school</i>	<i>You could change it to “learning difficulty”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Learning difficulty” .
Reprovações	<i>Failures</i>	<i>This is not specific enough.</i>	O item foi reajustado para “Grade retentions” , por ter o significado equivalente ao significado de “reprovações” no instrumento em língua portuguesa.
Dominância lateral	<i>Lateral dominance</i>	<i>This is called “handedness”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Handedness” .
Outros problemas	<i>Other problems</i>	<i>You should consider using “difficulties” instead of “problems”.</i>	Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, quando relacionado ao ensino e à aprendizagem, as pessoas não têm “problemas”; têm “dificuldades”; por isso, o item foi reajustado para “Other difficulties” .

Quadro 25: Exemplos de itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

5.1.5.2 Exame clínico - pré-teste I

Para o pré-teste I, o exame clínico do Protocolo MBGR foi dividido em 974 itens.

Desses 974 itens, 61 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa, aproximadamente, 6% do total de itens.

O Quadro 26 apresenta alguns itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

(continua)

Original	Versão pré-final para o pré-teste I	Comentário	Item reajustado
Nº	Nº	<i>Does this stand for “number”? If so, maybe clarify by saying whether you’re asking for “ID number”, “MRN”.</i>	Conforme sugerido, o item foi alterado para “MRN” que significa “Medical Record Number” , já que “Nº” equivale ao número do registro do paciente.
Idade	<i>Age</i>	<i>You do not need this “____ years and ____ months” here.</i>	Conforme sugerido, optou-se por omitir os termos “____ years and ____ months” e usar apenas “Age: ____” .
____ anos e ____ meses	<i>____ years and ____ months</i>		
IMC: _____ (peso[kg]/estatura [m] ²)	<i>BMI: _____ (703 x weight (lb.) / [height (in.)]²)</i>	<i>You do not need this here.</i>	Por não ser recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos, o termo “BMI: _____ (703 x weight (lb.) / [height (in.)]²)” foi omitido na versão do instrumento em língua inglesa.
Tomar cada medida 3 vezes com o paquímetro e calcular a média - o paciente deve manter os lábios em contato	<i>Take each measurement 3 times with caliper, and calculate the average - the patient must keep lips in contact</i>	<i>You should consider using “together” instead of “in contact”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Take each measurement 3 times with caliper, and calculate the average - the patient must keep lips together” .
Altura da face - A (glabella a gnathio) (soma do terço médio com o inferior)	<i>Height of the face - H (glabella to gnathion) (sum of middle and lower thirds)</i>	<i>The use of “height” here seems a little odd. “Length” would probably make more sense.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Length of the face - L (glabella to gnathion) (sum of middle and lower thirds)” .
DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMALP)	<i>MAID with the apex of the tongue touching the incisive papilla (MAIDTP)</i>	<i>You should definitely consider using “tip of the tongue” instead of “apex of the tongue”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “MAID with the tip of the tongue touching the incisive papilla (MAIDTP)” .
Região zigomática	<i>Zygomatic region</i>	<i>You should consider using “zygomatic arches” instead of “zygomatic region”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Zygomatic arches” .

(continuação)

Mento	<i>Mento</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	O item foi reajustado para “Chin” , por ter o significado equivalente ao significado de “mento” no instrumento em língua portuguesa.
Postura habitual	<i>Habitual posture</i>	<i>You could change it to “resting posture”.</i>	No exame clínico, esse item está relacionado aos lábios. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Resting posture” .
Com saliva	<i>With saliva</i>	<i>You should consider using “moist” instead of “with saliva”.</i>	No exame clínico, esse item está relacionado à mucosa externa dos lábios. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Moist” .
Mucosa interna	<i>Mucosa jugal</i>	<i>I have never heard this “jugal” before.</i>	O item foi reajustado para “Buccal mucosa” , por ter o significado equivalente ao significado de “mucosa interna” no instrumento em língua portuguesa.
Linha alba D	<i>Linea alba D</i>	<i>It does not make sense to me. “Linea” sounds Spanish.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, optou-se por manter e explicar o termo e, por isso, o item foi reajustado para “Linea alba R (white line on the buccal mucosa)” .
Linha alba E	<i>Linea alba L</i>	<i>It does not make sense to me. “Linea” sounds Spanish.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, optou-se por manter e explicar o termo e, por isso, o item foi reajustado para “Linea alba L (white line on the buccal mucosa)” .
Entre as carúnculas	<i>Between the caruncles</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	O item foi reajustado para “Between the sublingual folds” , por ter o significado equivalente ao significado de “entre as carúnculas” no instrumento em língua portuguesa.

(continuação)

No ápice	<i>At the apex</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “At the tongue tip” .
Forma do ápice ao elevar a língua	<i>shape of the apex while raising the tongue</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Shape of the tongue tip while raising the tongue” .
Protração de lábios fechados	<i>Protraction of closed lips</i>	<i>You should consider using “protrusion” instead of “protraction”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protrusion of closed lips” .
Protração de lábios abertos	<i>Protraction of opened lips</i>	<i>You should consider using “protrusion” instead of “protraction”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protrusion of opened lips” .
Protração de lábios fechados à D	<i>Protraction of closed lips to the R</i>	<i>You should consider using “protrusion” instead of “protraction”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protrusion of closed lips to the R” .
Protração de lábios fechados à E	<i>Protraction of closed lips to the L</i>	<i>You should consider using “protrusion” instead of “protraction”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protrusion of closed lips to the L” .
Protração da língua	<i>Protraction of the tongue</i>	<i>You should consider using “protrusion” instead of “protraction”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protrusion of the tongue” .
Toque do ápice na papila incisiva	<i>Touch of the apex on the incisive papilla</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Touch of the tongue tip on the incisive papilla” .
Toque do ápice na bochecha D	<i>Touch of the apex on the R cheek</i>	<i>You should consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Touch of the tongue tip on the R cheek” .
Toque do ápice na bochecha E	<i>Touch the of apex on the L cheek</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Touch of the tongue tip on the L cheek” .

(continuação)

Sucção da língua no palato	<i>Suction of the tongue on the palate</i>	<i>You should consider using “sucking” instead of “suction”.</i>	Tende-se a traduzir palavras terminadas em “-ão” na língua portuguesa por palavras terminadas em “-tion” na língua inglesa; porém, para os norte-americanos, “suction” não soa natural; o substantivo aparece comumente como “sucking”; por isso, o item foi reajustado para “Sucking of the tongue on the palate” .
Tônus	<i>Tonus</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	O item foi reajustado para “Tone” , por ter o significado equivalente ao significado de “tônus” no instrumento em língua portuguesa.
Possibilidade de uso nasal	<i>Possibility of nasal use</i>	<i>It does not make sense to me.</i>	O item foi reajustado para “Nasal breathing” , por ter o significado equivalente ao significado de “possibilidade de uso nasal” no instrumento em língua portuguesa.
Adequada	<i>Adequate</i>	<i>You should consider using “normal/WNL” instead of “adequate”.</i>	No exame clínico, esse item está relacionado à coordenação durante a deglutição; conforme sugerido, o item foi reajustado para “Normal/WNL” . “WNL” significa “within normal limits” .
Engasgo	<i>Choke</i>	<i>You should consider using “choking” instead of “choke”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Choking” .
Tosse	<i>Cough</i>	<i>You should consider using “coughing” instead of “cough”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Coughing” .
Auditivamente perceptível	<i>Auditorily perceptible</i>	<i>You should consider using “audibly” instead of “auditorily”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Audibly perceptible” .
Vibração múltipla do ápice da língua	<i>Multiple vibration of the tongue apex</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Multiple vibration of the tongue tip” .

(conclusão)

Ausência/pouca vibração do ápice da língua	<i>Absent/little vibration of the tongue apex</i>	<i>You should definitely consider using “tongue tip” instead of “apex”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Absent/little vibration of the tongue tip” .
Velocidade de fala	<i>Velocity of speech</i>	<i>You could change it to “rate of speech”.</i>	O item foi reajustado para “Rate of speech” , por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos.
Emissão prolongada	<i>Prolonged emission</i>	<i>You could change it to “prolonged phonation”.</i>	O item foi reajustado para “Prolonged phonation” , por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos.
Forte	<i>Strong</i>	<i>Loudness can be “loud” or “quiet”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Loud” .
Fraco	<i>Weak</i>	<i>Loudness can be “loud” or “quiet”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Quiet” .
Prognóstico:	<i>Prognosis:</i>	<i>You could change it to “Prognosis: () good () fair () guarded () poor”</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos. o item foi reajustado para “Prognosis: () good () fair () guarded () poor”
Favorável	<i>Favorable</i>		
Limitado	<i>Limited</i>		
Desfavorável	<i>Unfavorable</i>		

Quadro 26: Exemplos de itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste I e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

5.1.5.3 História clínica - pré-teste II

Para o pré-teste II, a história clínica do Protocolo MBGR foi dividida em 644 itens.

Desses 644 itens, 5 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa menos de 1% do total de itens.

O Quadro 26 apresenta alguns itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

(continua)

Original	Versão pré-final para o pré-teste II	Comentário	Item reajustado
Estética facial	<i>Facial aesthetics</i>	<i>You should consider changing “facial aesthetics” to “facial appearance”.</i>	Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, “ <i>facial aesthetics</i> ” tem relação com a beleza do rosto e não com a aparência do rosto; por isso, conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Facial appearance</i> ”.
Ruído articular	<i>Joint noise</i>	<i>You could change it to “TMJ noise”.</i>	Na história clínica, esse item está relacionado à mastigação. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>TMJ noise</i> ”.
Sucção de dedo	<i>Thumb sucking</i>	<i>You should consider changing “thumb sucking” to “Sucking of finger/thumb”.</i>	Na história clínica, esse item está relacionado à hábitos orais. Uma vez que, em língua inglesa, “dedo” pode ser “ <i>finger</i> ” ou “ <i>thumb</i> ”, o item foi reajustado para “ <i>Sucking of finger/thumb</i> ”, com a finalidade completar o sentido do termo.
Fraqueza	<i>Weakness</i>	<i>I would use “hypophonia” to mean the voice is too quiet.</i>	Na história clínica, esse item está relacionado à voz. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “ <i>Hypophonia</i> ”.

(conclusão)

Afonia	<i>Muteness</i>	<i>You should definitely consider using “aphonia” instead of “muteness”.</i>	Na história clínica, esse item está relacionado à voz. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Aphonia” .
--------	-----------------	--	---

Quadro 27: Exemplos de itens da história clínica que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

5.1.5.4 Exame clínico - pré-teste II

Para o pré-teste II, o exame clínico do Protocolo MBGR foi dividido em 974 itens.

Desses 974 itens, 21 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa, aproximadamente, 2% do total de itens.

O Quadro 28 apresenta alguns itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

(continua)

Original	Versão pré-final para o pré-teste II	Comentário	Item reajustado
Asas do nariz	<i>Alas of the nose</i>	<i>You should consider changing “alas of the nose” to “nasal ala (singular)” or “nasal alae (plural)”.</i>	Por questões gramaticais, conforme sugerido, o item foi reajustado para “Nasal alae” .
Sulco nasolabial	<i>Nasolabial sulcus</i>	<i>“Sulci” is the plural.</i>	Por questões gramaticais, conforme sugerido, o item foi reajustado para “Nasolabial sulci” .
Extensão:	<i>Extension:</i>	<i>You should consider changing “extension” to “length”.</i>	No exame clínico, esse item está relacionado ao véu palatino. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Length” .
Nº de dentes:	<i>No of teeth:</i>	<i>You should consider changing “No of teeth” “number of teeth”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Number of teeth” .

(continuação)

Pequena alteração	<i>Small alteration</i>	<i>You should consider changing “small alteration” to “minor alteration”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Minor alteration” , dessa forma, foi possível eliminar o sentido de “tamanho” que “small” traz para o termo.
Grande alteração	<i>Large alteration</i>	<i>You should consider changing “large alteration” to “significant alteration”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Significant alteration” dessa forma, foi possível eliminar o sentido de “tamanho” que “large” traz para o termo.
Vibração da língua	<i>Vibration of tongue</i>	<i>You should consider changing “vibration of tongue” to “tongue trill”. “Vibration” would be extremely unusual in English, unless a bilingual speaker/language learner.</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos, o item foi reajustado para “Tongue trill” .
Solicitar que o paciente coloque água na boca e degluta somente após a ordem	<i>Request that the patient put water in the mouth and swallow it only after the evaluator’s order</i>	<i>You should consider changing “order” to “command”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Request that the patient put water in the mouth and swallow it only after the evaluator’s command” .
Dificuldade para deglutir:	<i>Difficulty in swallowing:</i>	<i>Revise to “difficulty swallowing”.</i>	Por questões gramaticais, conforme sugerido, o item foi reajustado para “Difficulty swallowing” .
Esperado para a idade	<i>Expected for the age</i>	<i>You could change it to “expected for patient’s age”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Expected for patient’s age” .
Não esperado para a idade	<i>Not expected for the age</i>	<i>You could change it to “not expected for patient’s age”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Not expected for patient’s age” .
Vibração múltipla do ápice da língua	<i>Multiple vibration of tongue tip</i>	<i>You should consider changing “vibration” to “trill”. “Vibration” would be extremely unusual in English, unless a bilingual speaker/language learner.</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos, o item foi reajustado para “Multiple tongue-tip trills” .

(conclusão)			
Ausência/pouca vibração do ápice da língua	<i>Absent/little vibration of tongue tip</i>	<i>You should consider changing “vibration” to “trill”. “Vibration” would be extremely unusual in English, unless a bilingual speaker/language learner.</i>	Por ser mais comum na realidade linguística dos fonoaudiólogos norte-americanos e por ser mais recorrente em instrumentos de avaliação clínica norte-americanos, o item foi reajustado para “Absent/little tongue-tip trills” .
Velocidade	<i>Velocity</i>	<i>You should consider changing “velocity” to “rate”.</i>	No exame clínico, esse item está relacionado à fala. Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Rate” .
O paciente deve manter os lábios protraídos	<i>The patient must keep lips protracted</i>	<i>You should consider changing “protracted” to “protruded”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “The patient must keep lips protruded” .
Coordenação motora na fala	<i>Motor coordination in speech</i>	<i>“Diadochokinesis” is the technical term for this task.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, o item foi reajustado para “Diadochokinesis” , conforme sugerido, buscando estabelecer um paralelismo entre os itens.
Protraída	<i>Protracted</i>	<i>You should consider changing “protracted” to “protruded”.</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Protruded” .
Coordenação motora	<i>Motor coordination</i>	<i>You could change it to “diadochokinesis”.</i>	Uma vez que o instrumento em língua portuguesa possui linguagem técnica, o item foi reajustado para “Diadochokinesis” , conforme sugerido, buscando estabelecer um paralelismo entre os itens.

Quadro 28: Exemplos de itens do exame clínico que foram apontados como itens problemáticos no pré-teste II e que, por isso, foram discutidos e reajustados.

5.1.6 Submissão da documentação ao comitê

5.1.6.1 História clínica

Para a etapa de submissão da documentação ao comitê, a história clínica do Protocolo MBGR em língua inglesa foi dividida em 644 itens.

Desses 644 itens, nenhum foi considerado uma tradução que não refletia o conteúdo do instrumento original em língua portuguesa do Brasil. Entretanto, quatro itens foram reajustados.

O Quadro 29 apresenta os quatro itens da história clínica do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.

Original	Versão final	Sugestão do comitê	Item reajustado
Abertos	<i>Open</i>	<i>Opened</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Opened” . O reajuste buscou manter o paralelismo entre os itens traduzidos.
Cirúrgico	<i>Surgeries</i>	<i>Surgical</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Surgical” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.
Diurno	<i>Day</i>	<i>During the day</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “During the day” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.
Noturno	<i>Night</i>	<i>During the night</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “During the night” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.

Quadro 29: Itens da história clínica do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.

5.1.6.1 Exame clínico

Para a etapa de submissão da documentação ao comitê, o exame clínico do Protocolo MBGR em língua inglesa foi dividido em 974 itens.

Desses 974 itens, nenhum foi considerado uma tradução que não refletia o conteúdo do instrumento original em língua portuguesa do Brasil. Entretanto, sete itens foram reajustados.

O Quadro 30 apresenta os sete itens do exame clínico do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.

(continua)

Original	Versão final	Sugestão do comitê	Item reajustado
Norma frontal	<i>Frontal norm</i>	<i>Frontal view</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Frontal view” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.
Norma lateral	<i>Lateral norm</i>	<i>Lateral view</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Lateral view” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.
Com marcas dentárias	<i>With teeth marks</i>	<i>Tooth-marked</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Tooth-marked” . O reajuste buscou manter o paralelismo entre os itens traduzidos.
Marcada por dentes (região)	<i>Teeth marks (region)</i>	<i>Tooth-marked (region)</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Tooth-marked (region)” . O reajuste buscou manter o paralelismo entre os itens traduzidos.
Guia de desocclusão	<i>Disocclusion guide</i>	<i>Lateral guidance</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Lateral guidance” . O reajuste buscou por um melhor equivalente para o item em língua inglesa.

(conclusão)			
Ora abertos ora fechados	<i>Sometimes open/closed</i>	<i>Sometimes opened/closed</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Sometimes opened/closed” . O reajuste buscou manter o paralelismo entre os itens traduzidos.
Abertos	<i>Open</i>	<i>Opened</i>	Conforme sugerido, o item foi reajustado para “Opened” . O reajuste buscou manter o paralelismo entre os itens traduzidos.

Quadro 30: Itens do exame clínico do Protocolo MBGR em língua inglesa que foram reajustados conforme as sugestões do comitê.

5.2 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES

As frases da prova de repetição de frases realizada pelos fonoaudiólogos norte-americanos nas clínicas e nos hospitais da Universidade do Sul da Flórida e região não são padronizadas. Segundo os fonoaudiólogos norte-americanos, cada profissional cria, de acordo com o fonema que ele considera necessário ser examinado em cada caso (paciente), uma sequência de palavras (frase) que contenham o mesmo fonema. Também não foram encontradas publicações da área que apresentassem frases de uso padrão para a prova de repetição de frases na prática clínica.

Por esse motivo, conforme descrito no capítulo de Material e Métodos deste estudo, cada uma das frases da prova de repetição de frases do exame clínico do Protocolo MBGR atualizado foi transculturalmente adaptada pela pesquisadora responsável por este estudo de maneira que as propriedades avaliativas da prova fossem preservadas.

O Quadro 31 apresenta as frases da prova de repetição de frases do exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR adaptadas da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana.

Fonema examinado	Frase original em língua portuguesa	Frase adaptada para a língua inglesa
/p/	Papai pediu pipoca.	<i>Polly put the pill in the pocket.</i>
/b/	A babá beijou o bebê.	<i>Billy bought the ball.</i>
/f/	A fita da fada é de filó.	<i>Filip feed the fox.</i>
/v/	Vovó viu o vestido.	<i>Victor visits the valley.</i>
/t/	A toca é do tatu.	<i>Ted eats tacos.</i>
/d/	O dedo da Dada doeu.	<i>Daisy dates David.</i>
/s/	O saci sabe assobiar.	<i>Scott has a sister.</i>
/z/	A casa da Zezé é azul.	<i>Zack zips up the zipper.</i>
/k/	Cacá cortou o cabelo.	<i>Kate kissed the kid.</i>
/g/	Gugu gosta do gato.	<i>Gabby gives gifts.</i>
/ʃ/	Chico chupa chupeta.	<i>Shyla shares the shampoo.</i>
/ʒ/	O jipe é do Juca.	<i>Jack jokes with Joe.</i>

Quadro 31: Frases da prova de repetição de frases do exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR adaptadas da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Este capítulo é composto por três seções. A primeira seção discute os resultados de cada uma das etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR. A segunda, trata do processo de adaptação transcultural das frases da prova de repetição de frases do exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR. A terceira explora, brevemente, a variável “direcionalidade” dentro dos Estudos da Tradução.

6.1 O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA A LÍNGUA INGLESA DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL MBGR

Nesta seção serão discutidos alguns dos resultados das seis etapas metodológicas desenvolvidas durante o processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR, sendo elas (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação ao comitê.

6.2.1 Tradução

Conforme recomendado nas diretrizes de Beaton et al. (2000), os tradutores responsáveis por realizar a T1 e a T2 deste estudo têm o inglês como língua materna e são fluentes em língua portuguesa. O tradutor responsável por realizar a T1 tem vasta experiência em tradução de textos relacionados à área da Saúde, inclusive textos relacionados à Fonoaudiologia, estava ciente dos objetivos do estudo, do público à que o instrumento em língua inglesa é destinado e dos conceitos que são examinados no Protocolo MBGR. Já o tradutor responsável por realizar a T2 tem pouca experiência em tradução de textos relacionados à área da Saúde, não estava ciente dos objetivos do estudo, do público à que o instrumento em língua inglesa é destinado e dos conceitos que são examinados no Protocolo MBGR.

Segundo Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2000), essa medida propicia que as adaptações feitas pelo tradutor ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com ampla experiência em tradução para a área da Saúde forneçam uma perspectiva mais confiável do ponto de vista clínico e que as adaptações feitas pelo tradutor não ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com pouca (ou nenhuma) experiência em tradução para a área da Saúde reflitam a linguagem coloquial do receptor do texto de chegada, por serem menos influenciadas por um objetivo acadêmico. Essa medida favorece, portanto, a divergência de interpretação de itens pouco comuns à realidade e à experiência de trabalho dos tradutores e, consequentemente, ocasiona divergências na tradução desses itens.

Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 1.618 itens foram traduzidos na primeira etapa do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR. Desses 1.618 itens, 1.138 foram traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2 e 480 apresentaram divergências entre a T1 e a T2.

Dos 1.138 itens traduzidos exatamente iguais na T1 e na T2, 289 itens correspondem à repetição das palavras “não”, “sim” e “às vezes” na história clínica do Protocolo MBGR.

Fluxograma 9: Síntese de dados da etapa de tradução.

Considerando o nível lexical, a T1 e a T2 da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR divergiram, em maior proporção, pelo uso de equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto.

O item “dor ou desconforto durante a mastigação” (história clínica) foi traduzido na T1 como “*pain or discomfort while chewing*” e na T2 como “*pain or discomfort whilst*

chewing”. Normalmente, norte-americanos usam “*while*” e britânicos usam “*whilst*” (WHILE, 2019; WHILST, 2019). Essa é a principal diferença entre ambas as palavras que, enquanto conjunção, possuem o mesmo significado de “no tempo em que”, “quando” ou “ao passo que” (ENQUANTO, 2019). Portanto, é possível inferir que o tradutor responsável por realizar a T1 domina a variante norte-americana da língua inglesa e o que o tradutor responsável por realizar a T2 domina a variável britânica da língua inglesa. Além disso, é possível concluir que a tradução desse item é produto da leitura, da interpretação e da experiência de vida de cada tradutor e que, por essa razão, resultou em escolhas de equivalentes diferentes no texto de chegada para um mesmo item no texto de partida.

O mesmo aconteceu com o item “sabores” (história clínica) que foi traduzido na T1 como “*flavors*” e na T2 como “*flavours*”. “*Flavors*” e “*flavours*” são grafias diferentes de uma mesma palavra (FLAVOR, 2019; FLAVOUR, 2019). “*Flavors*” é a grafia preferida nos EUA (FLAVOR, 2019) e “*flavours*” é a grafia preferida pelos britânicos (FLAVOUR, 2019).

E com o item “bairro” (história clínica e exame clínico) que foi traduzido na T1 como “*neighborhood*” e na T2 como “*neighbourhood*”. “*Neighborhood*” e “*neighbourhood*” são grafias diferentes de uma mesma palavra (NEIGHBORHOOD, 2019; NEIGHBOURHOOD, 2019). “*Neighborhood*” é a grafia preferida nos EUA (NEIGHBORHOOD, 2019) e “*neighbourhood*” é a grafia preferida pelos britânicos (NEIGHBOURHOOD, 2019).

O item “anteriorizada” (exame clínico), que faz referência à postura da cabeça, foi traduzido na T1 como “*forward head posture (FHP)*”, termo técnico em língua inglesa equivalente à “postura anteriorizada da cabeça”, e na T2 como “*anterior*”, tradução literal de “anteriorizada”, demonstrando que, como descrito por Guillemain, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2000), as adaptações feitas pelo tradutor responsável por realizar a T1 realmente fornecem uma perspectiva mais confiável do ponto de vista clínico e que as adaptações feitas pelo tradutor responsável por realizar a T2 realmente refletem a linguagem coloquial do receptor do texto de chegada. Além disso, é possível concluir que a tradução desse item é produto da leitura, da interpretação e da experiência de trabalho de cada tradutor e que, por essa razão, resultou em escolhas de equivalentes diferentes no texto de chegada para um mesmo item no texto de partida.

O mesmo aconteceu com o item “anteriorizados” (exame clínico) que faz referência à postura dos ombros e que foi traduzido na T1 como “*rounded shoulders*”, termo técnico em

língua inglesa equivalente à “postura anteriorizada dos ombros”, e na T2 como “*anterior*”, tradução literal de “anteriorizados”.

Considerando o nível gramatical, a T1 e a T2 da história clínica do Protocolo MBGR divergiram, em maior proporção, pelo uso de forma verbal diferente. É possível pressupor que isso tenha acontecido porque, no instrumento original em língua portuguesa, existem muitos itens (verbos) em modo infinitivo impessoal, isolados ou no início de frases.

Em língua portuguesa, o modo infinitivo impessoal tem uma só forma e compreende os verbos terminados em “-ar”, “-er” e “-ir” (INFINITIVO IMPESSOAL, 2019). Já em língua inglesa, o modo infinitivo, quando isolado ou no início de frases, pode ser encontrado em três diferentes formas: (1) com o verbo no gerúndio (-*ing*), (2) com a partícula “*to*” antes do verbo ou (3) com o verbo apenas (INFINITIVE, 2019).

O item “**andar** de bicicleta” foi traduzido na T1 como “*ride a bicycle*” (com o verbo apenas) e na T2 como “*riding a bicycle*” (com o verbo no gerúndio).

O mesmo aconteceu com o item “**amarrar** os sapatos” que foi traduzido na T1 como “*tie shoes*” (com o verbo apenas) e na T2 como “*tying shoes*” (com o verbo no gerúndio).

E com o item “**morder** mucosa oral” que foi traduzido na T1 como “*bite oral mucosa*” (com o verbo apenas) e na T2 como “*biting oral mucosa*” (com o verbo no gerúndio).

Já a T1 e a T2 do exame clínico do Protocolo MBGR divergiram, em maior proporção, pelo uso de classe gramatical diferente. O uso de classe gramatical diferente é considerado um procedimento tradutório, chamado “transposição”.

A transposição ocorre, de maneira obrigatória ou facultativa, quando um item expresso no texto de partida em uma determinada classe gramatical passa a ser expresso no texto de chegada por um item em outra classe gramatical, sem que seja alterado o seu sentido (BARBOSA, 2004). A transposição é considerada obrigatória diante de casos em que não há equivalente similar no idioma de chegada para o item no idioma de partida e facultativa quando a troca de categoria gramatical contribui para a fluidez do texto de chegada (BARBOSA, 2004).

O item “descrever” (verbo) (DESCREVER, 2019), foi traduzido na T1 como “*describe*” (verbo) (DESCRIBE, 2019) e na T2 como “*description*” (substantivo) (DESCRIPTION, 2019).

O mesmo acontece no item “engasgo” (substantivo) (ENGASGO, 2019), que foi traduzido na T1 como “**choke**” (verbo ou substantivo) (CHOKE, 2019a) e na T2 como “**chokes**” (verbo conjugado de acordo com a segunda pessoa do singular no tempo presente) (CHOKE, 2019b).

Com o item “tosse” (substantivo) (TOSSE, 2019), que foi traduzido na T1 como “**cough**” (verbo ou substantivo) (COUGH, 2019a) e na T2 como “**coughs**” (verbo conjugado de acordo com a segunda pessoa do singular no tempo presente) (COUGH, 2019b).

E com o item “ausência” (substantivo) (AUSÊNCIA, 2019), que foi traduzido na T1 como “**absence**” (substantivo) (ABSENCE, 2019) e na T2 como “**absent**” (adjetivo, verbo ou preposição) (ABSENT, 2019).

6.2.2 Síntese das traduções

Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 480 itens apresentaram divergências entre a T1 e a T2. Desses 480 itens, 353 foram mantidos como na T1, 50 foram mantidos como na T2 e 77 foram reajustados.

Fluxograma 10: Síntese de dados da etapa de síntese das traduções.

Durante a reunião de síntese das traduções, os itens traduzidos foram mantidos, em maior proporção, como na T1. O tradutor responsável por realizar a T1 é aquele que tem vasta experiência em tradução de textos relacionados à área da Saúde, inclusive textos relacionados

à Fonoaudiologia, estava ciente dos objetivos do estudo, do público à que o instrumento em língua inglesa é destinado e dos conceitos que são examinados no Protocolo MBGR. Logo, considerando a linguagem técnica do Protocolo MBGR, é possível concluir que a maior porcentagem de itens mantidos como na T1 é, também, consequência da medida² recomendada nas diretrizes de Beaton et al. (2000).

Os reajustes feitos durante a reunião de síntese das traduções, conforme verificado nos resultados deste estudo, foram baseados, em maior proporção, na necessidade de (1) corrigir erros, (2) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para os itens em língua portuguesa, (3) estabelecer um paralelismo sintético entre os itens traduzidos (DUARTE, 2019) e (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

O item “no passado” (história clínica) foi traduzido na T1 como “*past*” e na T2 como “*realized*”. Durante a reunião de sínteses, o item foi reajustado para “*in the past*”, com a justificativa de que ambas as traduções apresentavam problemas; “*past*” tinha sentido incompleto ao de “no passado” e “*realized*” é um falso cognato que em nada tem relação com “no passado”; “*realize*” é tornar-se plenamente consciente de (algo) como um fato; entender claramente (REALIZE, 2019). O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (1) corrigir erros e (2) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para os itens em língua portuguesa.

O item “zumbido” (história clínica) foi traduzido na T1 como “*ear ringing*” e na T2 como “*buzzing*”. Durante a reunião de sínteses, o item foi reajustado para “*tinnitus*”, com a justificativa de que, apesar de “*ear ringing*” e “*buzzing*” serem equivalentes de “zumbido”, o termo técnico e consagrado em artigos da área audiológica é “*tinnitus*”. O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

² Beaton et al. (2000) sugerem que um dos tradutores tenha ampla experiência em tradução para a área da Saúde e saiba dos objetivos e dos conceitos do estudo; e que o outro tradutor, não. Dessa forma, as adaptações feitas pelo tradutor ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com ampla experiência em tradução para a área da Saúde tendem a fornecer uma perspectiva mais confiável do ponto de vista clínico e as adaptações feitas pelo tradutor não ciente dos objetivos e dos conceitos do estudo e com pouca (ou nenhuma) experiência em tradução para a área da Saúde tendem a refletir a linguagem coloquial do receptor do texto de chegada, por serem menos influenciadas por um objetivo acadêmico.

6.2.3 Retrotradução

Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 1.618 itens foram retrotraduzidos na terceira etapa do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR. Desses 1.618 itens, 1.174 foram retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2 e 444 apresentaram divergências entre a RT1 e a RT2.

Dos 1.174 itens retrotraduzidos exatamente iguais na RT1 e na RT2, 289 itens correspondem à repetição das palavras “não”, “sim” e “às vezes” na história clínica do Protocolo MBGR.

Fluxograma 11: Síntese de dados da etapa de retrotradução.

Considerando o nível lexical, a RT1 e a RT2 da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR divergiram, em maior proporção, pelo uso de equivalentes diferentes, mas adequados ao contexto. Assim como na etapa de tradução, é possível concluir que a tradução desses itens é produto da leitura, da interpretação e da experiência de trabalho de cada tradutor e que, por essa razão, resultou em escolhas de equivalentes diferentes no texto de chegada para um mesmo item no texto de partida.

Segundo Beaton et al. (2000), a etapa de retrotradução é considerada essencial para ampliar a qualidade da versão final do instrumento, uma vez que, na comparação entre as retrotraduções e o texto de partida, é possível perceber erros de interpretação na tradução, falhas

na adaptação para a cultura do receptor do texto de chegada e verificar se a tradução está refletindo o conteúdo dos itens presentes no texto de partida.

Ao comparar as retrotraduções e o texto de partida, os itens categorizados como “(4) retrotradução não equivalente” por “inadequação de sentido - o item retrotraduzido tem significado distante do original” realmente refletiram erros e falhas de interpretação na etapa de tradução do instrumento.

O item “espirros em salva” (história clínica) foi traduzido na T1 como “*uncontrolled sneezing*” e mantido como “*uncontrolled sneezing*” na etapa de síntese das traduções. Na etapa de retrotradução, o item “*uncontrolled sneezing*” foi retrotraduzido para “espirros sem controle”, que é equivalente à “*uncontrolled sneezing*” e, por isso, não denota erro por parte do retrotradutor; mas “espirros sem controle” não é equivalente à “espirros em salva”; logo, é possível notar que o erro deriva das etapas de tradução ou de síntese das traduções do instrumento e que o item “*uncontrolled sneezing*” precisa ser revisado por não refletir o significado e o sentido do item “espirros em salva” no texto de partida.

O item “reprovações” (história clínica) que, em contexto, refere-se à reprovação escolar, foi traduzido na T1 como “*failures*” e mantido como “*failures*” na etapa de síntese das traduções. Na etapa de retrotradução, o item “*failures*” foi retrotraduzido para “falhas”, que é equivalente à “*failures*” e, por isso, não denota erro por parte do retrotradutor; mas “falhas” não é equivalente à “reprovações”; logo, é possível notar que o erro deriva das etapas de tradução ou de síntese das traduções do instrumento e que o item “*failures*” precisa ser revisado por não refletir o significado e o sentido do item “reprovações” no texto de partida.

O item “medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão” (exame clínico) foi traduzido na T1 como “*face, mandibular movement, and occlusion measurements*” e mantido como “*face, mandibular movement, and occlusion measurements*” na etapa de síntese das traduções. Na etapa de retrotradução, o item “*face, mandibular movement, and occlusion measurements*” foi retrotraduzido para “face, movimento mandibular e medidas de oclusão”, que é equivalente à “*face, mandibular movement, and occlusion measurements*” e, por isso, não denota erro por parte do retrotradutor; mas “face, movimento mandibular e medidas de oclusão” não é equivalente à “medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão”; logo, é possível notar que o erro deriva das etapas de tradução ou de síntese das traduções do instrumento e que o item “*face, mandibular movement, and occlusion measurements*” precisa

ser revisado por não refletir o significado e o sentido do item “medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão” no texto de partida.

Considerando o nível gramatical, a RT1 e a RT2 da história clínica e do exame clínico do Protocolo MBGR divergiram, em maior proporção, pelo uso de modo verbal diferente. É possível pressupor que isso tenha acontecido porque, no instrumento original em língua portuguesa, muitos itens expressam comandos.

Em língua portuguesa, o modo imperativo é comumente usado para expressar comando (IMPERATIVO, 2019), mas é muito comum que ocorra a substituição do modo imperativo pelo tempo presente do modo indicativo, como forma de suavizar a maneira como as ordens são dadas (IMPERATIVO, 2019).

O item “*explain*” (história clínica) foi retrotraduzido na RT1 como “explique” (modo imperativo) (EXPLIQUE, 2019) e na RT2 como “explicar” (modo infinitivo) (EXPLICAR, 2019).

O mesmo aconteceu com o item “*mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right, and measure the distance between the marking and the superior midline*” (exame clínico) que foi retrotraduzido na RT1 como “**marcar** a linha média dentária do arco superior no arco inferior, **mover** a mandíbula à direita e **medir** a distância entre a marcação e a linha média superior” (modo infinitivo) (MARCAR, 2019; MEDIR, 2019; MOVER, 2019) e na RT2 como “**marque** a linha média dentária do arco superior no arco inferior, **mov**a a mandíbula para a direita e **meça** a distância entre a marcação e a linha média superior” (modo imperativo) (MARQUE, 2019; MOVA, 2019; MEÇA, 2019).

6.2.4 Banca de especialistas

Beaton et al. (2000) recomendam que a banca de especialistas seja formada por profissionais multidisciplinares bilíngues, capazes de revisar todas as etapas de tradução e adaptação transcultural do instrumento e resolver as discrepâncias encontradas entre o texto de partida e a versão prévia do instrumento em língua inglesa, que equivale ao resultado das etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções e (3) retrotradução.

Alves (2000) corrobora com a importância da interdisciplinaridade para o processo de tradução; segundo o autor, dialogar com outras ciências e/ou com outras áreas do conhecimento é uma possibilidade de aprendizagem e não restringe o processo tradutório a um conjunto de aspectos isolados e pouco produtivos.

Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 1.618 itens foram analisados e avaliados pelos membros da banca de especialistas na quarta etapa do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR.

Todos os itens foram analisados e avaliados de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Cada participante da banca de especialistas, individualmente, atribuiu uma pontuação para cada item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa, sendo “1 = item não equivalente”, “2 = item necessita de grandes alterações”, “3 = item necessita de pequenas alterações” e “4 = item equivalente” (POLIT; BECK, 2006). E, para que a taxa de concordância entre os membros da banca de especialistas fosse considerada aceitável, o IVC do item deveria ser superior a 0,80. Além disso, os itens que recebessem pontuação “1” ou “2” deveriam ser revisados.

Desses 1.618 itens, 1.562 foram pontuados como “4 = item equivalente” por todos os membros da banca de especialistas e totalizaram a pontuação máxima do IVC, 47 apresentaram IVC igual à 0,8 e 9 apresentaram IVC inferior à 0,8.

Dos 1.562 itens que totalizaram a pontuação máxima do IVC, 166 receberam sugestões de ajustes nas traduções.

Fluxograma 12: Síntese de dados da etapa de banca de especialistas.

Considerando os itens que apresentaram pontuação máxima do IVC e que receberam sugestões de ajustes nas traduções, é possível pressupor que, embora o membro da banca de especialistas considerasse determinado item da versão prévia do Protocolo MBGR em língua inglesa equivalente ao item correspondente no instrumento original em língua portuguesa, ele também tinha em mente melhores opções terminológicas para esse item. Por esse motivo, todas as sugestões feitas pelos membros da banca de especialistas nos itens que totalizaram pontuação máxima do IVC foram analisadas e, quando pertinente, consideradas.

As sugestões feitas pelos membros da banca de especialistas tanto nos itens que apresentaram pontuação máxima do IVC como nos itens que apresentaram IVC igual ou inferior à 0,8, conforme verificado nos resultados deste estudo, foram baseadas na necessidade de (1) corrigir erros, (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa, (4) estabelecer um paralelismo sintético entre os itens traduzidos (DUARTE, 2019) e (5) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

A banca de especialistas foi subdividida em dois grupos de especialidade, sendo (1) tradutores, contando com o perito em Letras, e (2) fonoaudiólogos.

Como esperado, o grupo de tradutores foi responsável, em maior proporção, pelos comentários que buscaram por (1) corrigir erros, (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa e (4) estabelecer um paralelismo sintético entre os itens traduzidos (DUARTE, 2019).

O item “troca do ponto articulatorio” (exame clínico), foi traduzido como “*articulation point exchange*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa. Durante a etapa de banca de especialistas, o item foi reajustado para “*change in place of articulation*” por um dos retrotradutores, com a justificativa de que “*exchange*” é “troca” no sentido de dar uma coisa e receber outra (em troca) (EXCHANGE, 2019); logo, “*exchange*” não refletia o significado e o sentido de “troca” no item “troca do ponto articulatorio”. O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (1) corrigir erros e (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa ao mesmo tempo em que buscava (1) corrigir erros.

O mesmo aconteceu com o item “o paciente deve manter os dentes ocluídos” (exame clínico), que foi traduzido como “*the patient should keep teeth occluded*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa e que, durante a etapa de banca de especialistas, foi reajustado para “*the patient must keep teeth occluded*” por um dos retrotradutores, com a justificativa de que “*should*” denota sugestão ou conselho (MODAL VERBS, 2019), diferente do sentido de “dever” causado pelo “deve” em “o paciente deve manter os dentes ocluídos”.

O item “peso corporal: ____ kg” (exame clínico), foi traduzido como “*weight: ____ kg*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa. Durante a etapa de banca de especialistas, o item foi reajustado para “*weight: _____ lb.*” por um dos retrotradutores, com a justificativa de que a unidade de medida de peso norte-americana é libras (*pounds*) (*lb.*), e não quilos (kg) (NÚMEROS, UNIDADES E MEDIDAS NOS EUA, 2019). O reajuste, portanto, buscou (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada.

O mesmo aconteceu com o item “altura corporal: ____ m” (exame clínico), que foi traduzido como “*height: ____ m*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa e, durante a etapa de banca de especialistas, foi reajustado para “*height: ____ ft. ____ in.*” por um dos retrotradutores, com a justificativa de que a unidade de medida de altura norte-

americana é pés (*feet*) e polegadas (*inches*) (*ft.* e *in.*), e não metros (m) (NÚMEROS, UNIDADES E MEDIDAS NOS EUA, 2019).

O item “melhor resultado = 0 e pior = 30” (exame clínico), foi traduzido como “*best result = 0 and worst = 30*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa. Durante a etapa de banca de especialistas, o item foi reajustado para “*best result = 0; worst result = 30*” pelo perito em Letras com a finalidade de estabelecer um paralelismo sintético entre os itens traduzidos (DUARTE, 2019). O reajuste, portanto, foi realizado em todos os itens de mesma estrutura.

Já o grupo de fonoaudiólogos foi responsável, em maior proporção, pelos comentários que buscaram por (1) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

O item “uso reduzido nasal” (exame clínico), foi traduzido como “*reduced nasal use*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa. Durante a etapa de banca de especialistas, o item foi reajustado para “*hyponasality*” por um dos fonoaudiólogos, com a justificativa de que “*hyponasality*” é um termo técnico com o mesmo valor de “uso reduzido nasal”. O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (1) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

O mesmo aconteceu com o item “uso excessivo nasal” (exame clínico), que foi traduzido como “*reduced nasal use*” na versão prévia do instrumento em língua inglesa e que, durante a etapa de banca de especialistas, foi reajustado para “*hypernasality*” por um dos fonoaudiólogos, com a justificativa de que “*hypernasality*” é um termo técnico com o mesmo valor de “uso reduzido nasal”.

6.2.5 Pré-teste

O chamado “pré-teste” do processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área da Saúde equivale ao teste de validade do conteúdo linguístico do instrumento; o pré-teste busca verificar se a adaptação transcultural realizada durante o processo de tradução e adaptação transcultural funciona na realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada e não confere nenhuma validade de propriedades psicométricas

ao instrumento, conforme descrito nas diretrizes de Beaton et al. (2000). O receptor do texto de chegada é quem deve analisar e avaliar, então, a qualidade e a clareza da tradução e da adaptação transcultural do instrumento. Quem administra o Protocolo MBGR é, unicamente, o profissional fonoaudiólogo. Logo, neste estudo, uma vez que o Protocolo MBGR foi traduzido e adaptado da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana, o receptor do texto de chegada é o fonoaudiólogo norte-americano.

No pré-teste I, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa, que equivale ao resultado das etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução e (4) banca de especialistas, foi analisada e avaliada por 15 fonoaudiólogos norte-americanos. Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 1.618 itens foram analisados e avaliados. E, desses 1.618 itens, 115 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa, aproximadamente, 7% do total de itens.

As sugestões feitas pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos, conforme verificado nos resultados deste estudo, foram baseadas na necessidade de (1) corrigir erros, (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa e (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

Todas essas sugestões foram indispensáveis para a qualidade e a clareza da versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa.

Os itens “informante” e “grau de parentesco” (história clínica) são complementares e foram traduzidos como “*respondent*” e “*family relationship*”, respectivamente, na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. Durante o pré-teste I, os itens foram reajustados para “*relationship to individual completing form: () self () parent () caregiver () other: _____*”, com a justificativa de que essa é uma estrutura muito comum em instrumentos de avaliação clínica em língua inglesa. O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa e (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

O mesmo aconteceu com os itens “trabalha” e “em que” (história clínica) que são complementares e que foram traduzidos como “*works*” e “*occupation*”, respectivamente, na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. Durante o pré-teste I, os itens foram reajustados para “*employment: () employed - job title: _____ () unemployed () retired*”, com a justificativa de que essa é uma estrutura muito comum em instrumentos de avaliação clínica em língua inglesa.

Com o item “dominância lateral” (história clínica), que foi traduzido como “*lateral dominance*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa e que, durante o pré-teste I, foi reajustado para “*handedness*”, com a justificativa de que “*handedness*” é um termo técnico com o mesmo valor de “dominância lateral”.

Com o item “demorou a falar” (história clínica), que foi traduzido como “*took long to start speaking*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa e que, durante o pré-teste I, foi reajustado para “*delayed speech*”, com a justificativa de que “*delayed speech*” é um termo técnico com o mesmo valor de “demorou a falar”.

E com o item “demorou a elaborar frases” (história clínica), que foi traduzido como “*took long to start elaborating sentences*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa e que, durante o pré-teste I, foi reajustado para “*delayed language*”, com a justificativa de que “*delayed language*” é um termo técnico com o mesmo valor de “demorou a elaborar frases”.

O item “reprovações” (história clínica) foi traduzido como “*failures*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. A discussão de resultados da etapa de retrotradução deste estudo demonstrou que “*failures*” não reflete o significado e o sentido de “reprovações” no texto de partida³; durante a etapa de banca de especialistas, entretanto, não foram apresentadas alternativas para a solução do problema; somente no pré-teste I é que o item foi reajustado para “*grade retentions*”. Portanto, esse reajuste foi baseado, principalmente, na necessidade de (1) corrigir erros.

Os itens “forte” e “fraco” (exame clínico), que fazem referência à “*loudness*”, foram traduzidos como “*strong*” e “*weak*”, respectivamente, na versão pré-final do instrumento em

³ O item “reprovações” (história clínica) que, em contexto, refere-se à reprovação escolar, foi traduzido na T1 como “*failures*” e mantido como “*failures*” na etapa de síntese das traduções. Na etapa de retrotradução, o item “*failures*” foi retrotraduzido para “falhas”, que é equivalente à “*failures*” e, por isso, não denota erro por parte do retrotradutor; mas “falhas” não é equivalente à “reprovações”; logo, é possível notar que o erro deriva da etapa de tradução do instrumento e que o item “*failures*” precisa ser revisado por não refletir o significado e o sentido do item “reprovações” no texto de partida.

língua inglesa. Durante o pré-teste I, os itens foram reajustados para “*loud*” e “*quiet*”, com a justificativa de que, em língua inglesa, “*loudness*” só pode ser complementado por “*loud*” e “*quiet*”. Portanto, esse reajuste também foi baseado, principalmente, na necessidade de (1) corrigir erros.

No pré-teste II, a versão pré-final do Protocolo MBGR em língua inglesa reajustada a partir das análises e avaliações do pré-teste I foi reanalisada e reavaliada por outros cinco fonoaudiólogos norte-americanos. Somando os itens da história clínica e do exame clínico, 1.618 itens foram analisados e avaliados. E, desses 1.618 itens, 26 foram grifados porque (a) não faziam nenhum sentido ou (b) faziam algum sentido, mas soavam estranho ou eram incomuns considerando o contexto de uma avaliação clínica; o que representa, aproximadamente, 1,5% do total de itens.

Assim como no pré-teste I, as sugestões feitas pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos, conforme verificado nos resultados deste estudo, foram baseadas na necessidade de (1) corrigir erros, (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa e (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

Todas essas sugestões foram indispensáveis para a qualidade e a clareza da versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa.

O item “fraqueza” (história clínica), que faz referência à voz, foi traduzido como “*weakness*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. Durante o pré-teste II, o item foi reajustado para “*hypophonia*”, com a justificativa de que “*weakness*” equivale à “fraqueza”, mas, considerando o contexto, “*hypophonia*” é o termo técnico coerente e com o valor “fraqueza” (na voz). O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (1) corrigir erros, (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada, (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa e (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

O item “vibração da língua” (exame clínico) foi traduzido como “*vibration of the tongue*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. Durante o pré-teste II, o item foi reajustado para “*tongue trill*”, com a justificativa de que “*vibration of the tongue*” é bastante

incomum à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada e soa como a fala/escrita de um estrangeiro aprendiz de língua inglesa. O reajuste foi baseado, portanto, na necessidade de (2) adaptar culturalmente o conteúdo linguístico do texto de chegada à realidade linguística e extralinguística do receptor do texto de chegada e (3) buscar por melhores equivalentes em língua inglesa para a frase em língua portuguesa.

O item (prova de) “coordenação motora” (exame clínico) foi traduzido como “*motor coordination*” na versão pré-final do instrumento em língua inglesa. Durante o pré-teste II, o item foi reajustado para “*diadochokinesis*”, com a justificativa de que “*diadochokinesis*” é um termo técnico com o mesmo valor de (prova de) “coordenação motora”. Portanto, o reajuste foi baseado, principalmente, na necessidade de (4) assegurar o uso de linguagem técnica e recorrente em protocolos de avaliação clínica.

6.2.6 Submissão da documentação ao comitê

Segundo as diretrizes propostas por Beaton et al. (2000), a etapa de submissão da documentação ao comitê não é obrigatória, mas é importante para que a versão final do instrumento em língua inglesa seja revisada, para que o processo de tradução e adaptação transcultural aconteça de maneira adequada e para que os documentos e dados gerados sejam preservados.

Neste estudo, foi predefinido que a etapa de submissão da documentação ao comitê seria realizada devido à relevância e ao nível do conhecimento de ambos os Professores Doutores escolhidos como membros do comitê.

Um dos professores, além de Cirurgião-Dentista, Mestre e Doutor em Ciências (Farmacologia) e Livre-Docente, também é Tradutor e realizou estágio de doutorado-sanduíche e pós-doutorado no *Medical College of Wisconsin*, Estados Unidos da América, o que lhe confere grande propriedade tanto para acompanhar o processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR quanto para revisar a versão final do instrumento em língua inglesa.

A outra professora, além de autora do Protocolo MBGR com Escores, é Fonoaudióloga, Mestre em Odontologia, Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica e Pós

Doutora em Distúrbios da Deglutição pela Universidade da Flórida, Estados Unidos da América, o que também lhe confere grande propriedade tanto para acompanhar o processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR quanto para revisar a versão final do instrumento em língua inglesa.

O acompanhamento e a revisão da versão final do Protocolo MBGR em língua inglesa de ambos os membros do comitê foram indispensáveis para a qualidade da mesma, conforme apresentado nos resultados do estudo.

6.2 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS FRASES DA PROVA DE REPETIÇÃO DE FRASES DO EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES

O mecanismo velofaríngeo, que compreende o palato mole, as paredes laterais e a parede posterior da faringe, determina a distribuição do fluxo aéreo expiratório para as cavidades oral (na produção dos sons orais da fala) e nasal (na produção dos sons nasais da fala) (JOHNS; ROHRICH; AWADA, 2003; TRINDADE et al., 2005). Qualquer alteração no mecanismo velofaríngeo é definida como disfunção velofaríngea (JOHNS; ROHRICH; AWADA, 2003; TRINDADE et al., 2005).

A disfunção velofaríngea provoca alterações na ressonância da fala, como a hipernasalidade e a emissão de ar nasal (TRINDADE et al., 2005).

A hipernasalidade é uma das manifestações clínicas mais marcantes da disfunção velofaríngea e pode ser definida como um desvio na qualidade vocal que resulta do acoplamento da nasofaringe com a orofaringe (TRINDADE et al., 2005). A hipernasalidade corresponde a um excesso de ressonância nasal acompanhando sons normalmente não nasalizados (TRINDADE et al., 2005). A emissão de ar nasal é também característica da disfunção velofaríngea (TRINDADE et al., 2005) e corresponde à emissão inapropriada do fluxo aéreo pelo nariz durante a produção de consoantes de pressão (TRINDADE et al., 2005). A emissão de ar nasal é perceptível durante a produção de consoantes de pressão plosivas e fricativas e pode variar desde emissões não audíveis até formas mais graves de emissão audível (turbulência nasal) (TRINDADE et al., 2005).

A avaliação clínica é fundamental para o processo de diagnóstico da disfunção velofaríngea (LIMA, 2012). Na literatura são descritos diversos exemplos de amostras usadas para a avaliação da disfunção velofaríngea, como as de repetição de sílabas, de vocábulos e de frases; as de nomeação de figuras e de leitura de palavras e frases; e as de contagem de números, de recontagem de histórias e de fala espontânea (LARANJEIRA, 2016).

Conforme descrito no capítulo de Material e Métodos deste estudo, no exame clínico miofuncional orofacial com escores do Protocolo MBGR, a função velofaríngea é avaliada por meio de amostras de repetição de frases contendo fonemas plosivos (/p/, /b/, /t/, /d/, /k/ e /g/) e fricativos (/f/, /v/, /s/, /z/, /ʃ/ e /ʒ/), como sugerido por Genaro, Yamashita e Trindade (2004). Ao todo são 12 frases, uma para cada fonema.

Como demonstrado em diversos estudos (MIGUEL; GENARO; TRINDADE, 2007; LIMA, 2012; MELO et al., 2013; PEGORARO-KROOK et al., 2014; LARANJEIRA et al., 2016), é indispensável que, nesses exames, as amostras de sílabas, vocábulos e frases sejam padronizados, visto que somente por meio dessa padronização é que é possível comparar resultados pré e pós-tratamento da disfunção velofaríngea. Além disso, a padronização das amostras favorece a discussão entre profissionais e entre diferentes centros de estudo.

Por esse motivo, neste estudo, com o objetivo de manter o padrão de avaliação da função velofaríngea, foi determinado que, caso as frases da prova de repetição de frases realizada pelos fonoaudiólogos norte-americanos nas clínicas e hospitais da Universidade do Sul da Flórida e/ou região não fossem padronizadas, cada uma das frases do Protocolo MBGR original em língua portuguesa seria adaptada transculturalmente.

6.3 A DIRECIONALIDADE EM TRADUÇÃO

No domínio dos Estudos da Tradução, existe a variável “direcionalidade”, classificada em “tradução direta” ou “tradução”, quando se traduz do idioma estrangeiro para o idioma materno, e “tradução inversa” ou “versão”, quando se traduz do idioma materno para o idioma estrangeiro.

A tradução inversa sempre foi vista de forma extremamente negativa pelos estudiosos e pesquisadores (FERREIRA, 2010). Jean-René Ladmiral (1979) foi um árduo crítico da

tradução inversa, negando inclusive a sua legitimidade. Newmark (1992) afirmou que a tradução direta é a única forma de traduzir com naturalidade, exatidão e eficácia. Para o acadêmico Valentin García-Yerba (1983), a tradução inversa só é possível em casos de bilinguismo total e, ainda assim, com certas limitações.

Kelly (2003) explica que a própria terminologia “tradução inversa” já indica uma relação hierárquica e subordinada. O normal, legítimo e natural seria a tradução direta, já que no caso da tradução inversa o processo está invertido, de cabeça para baixo, ao contrário. Assim, ainda hoje, a tradução inversa é entendida como um processo contrário ao esperado e ao legítimo.

O objetivo desta seção é esclarecer brevemente que, embora este estudo tenha buscado, de maneira geral, conduzir uma tradução inversa ou versão (da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana), durante a execução das etapas metodológicas do processo de tradução e adaptação transcultural do Protocolo MBGR foram conduzidas apenas traduções diretas.

A metodologia de tradução e adaptação transcultural do instrumento atualizado seguiu as etapas de (1) tradução, (2) síntese das traduções, (3) retrotradução, (4) banca de especialistas, (5) pré-teste e (6) submissão da documentação ao comitê, de acordo com as diretrizes por Beaton et al. (2000). As etapas envolvendo procedimentos tradutórios, portanto, foram (1) tradução e (3) retrotradução.

Conforme recomendado nas diretrizes de Beaton et al. (2000), na etapa de tradução, duas traduções do instrumento foram feitas do idioma de partida (português) para o idioma de chegada (inglês) por dois tradutores cuja a língua materna é a mesma do receptor do texto de chegada (língua inglesa); ou seja, os tradutores tinham a língua inglesa como língua materna e traduziram do português para o inglês, o que caracteriza uma tradução direta. E na etapa de retrotradução, duas retrotraduções do instrumento foram feitas do idioma de chegada (inglês) para o idioma de partida (português) por dois tradutores cuja a língua materna é a mesma do produtor do texto de partida (língua portuguesa); ou seja, os tradutores tinham a língua portuguesa com língua materna e traduziram do inglês para o português, o que também caracteriza uma tradução direta.

7 Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tradução e a adaptação transcultural da versão atualizada do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR da língua portuguesa do Brasil para a língua inglesa norte-americana foi realizada (APÊNDICE C) de acordo com as diretrizes para tradução e adaptação transcultural de instrumentos da área da Saúde propostas por Beaton et al. (2000).

O título do instrumento em língua inglesa é “*MBGR Protocol*” e, assim como na versão original em língua portuguesa, está dividido em “*Orofacial Myofunctional Clinical History*” (história clínica miofuncional orofacial) e “*Orofacial Myofunctional Clinical Examination with Scores*” (exame clínico miofuncional orofacial com escores).

Ao “*MBGR Protocol*” foram acrescentados um cabeçalho, com o objetivo de enfatizar o título do instrumento, e um rodapé, com o objetivo de adicionar os logotipos da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo e da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo ao documento e, dessa forma, salientar que a versão do Protocolo MBGR em língua inglesa é uma produção do Programa de Mestrado em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru com apoio financeiro da FAPESP.

Para o diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais em populações falantes de língua inglesa norte-americana, é altamente recomendável que o *MBGR Protocol* tenha suas propriedades psicométricas devidamente validadas.

Referências

REFERÊNCIAS

2017 Journal Impact Factor, **Journal Citation Reports Science Edition**. Clarivate Analytics, 2018.

ABSENCE. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/absence>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

ABSENT. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/absent>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

ALMEIDA, L. F. et al. Intervenção fonoaudiológica na esclerose sistêmica: relato de casos. **Rev CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 273-285, 2016.

ALVES, F. Um modelo didático do processo tradutório: a integração de estratégias de tradução. In: ALVES, F.; MAGALHÃES, C.; PAGANO, A. **Traduzir com autonomia**. São Paulo: Contexto, 2000.

ANDRADA E SILVA, M. A. et al. Postura, tônus e mobilidade de lábios e língua de crianças respiradoras orais. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 5, p. 853-860, 2012.

AUBERT, F. H. Modalidades de tradução: teoria e resultados. **TradTerm**, v. 5, n. 1, p. 99-128, 1998.

AUSÊNCIA. In: **Michaelis Dicionário**. c2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/ausencia/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BADIA, X.; ALONSO, J. Re-scaling the Spanish version of the Sickness Impact Profile: an opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. **J Clin Epidemiol**, v. 48, n. 7, p. 949-957, 1995.

BAKKE, M. et al. Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial dysfunction. **Swed Dent J**, v. 31, n. 2, p. 75-84, 2007.

BARBOSA, H. G. **Procedimentos técnicos da tradução: uma nova proposta**. 1. ed. Campinas: Pontes, 1990.

BARBOSA, H. G. **Procedimentos técnicos da tradução: uma nova proposta**. 2. ed. Campinas: Pontes, 2004.

BASSNETT, S. **Estudos de tradução fundamentos de uma disciplina**. Tradução Vivina de Campos Figueiredo. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

- BERRETIN-FELIX, G. et al. Avaliação clínica em Motricidade Orofacial. In: KLEIN, D. et al. **Avaliação em Motricidade Orofacial** – discussão de casos clínicos. São José dos Campos: Pulso. 2013. p. 37-51.
- BERRETIN-FELIX, G.; GENARO, K. F.; MARCHESAN, I. Q. Protocolos de Avaliação da Motricidade Orofacial: Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR. In: SILVA, H. J. et al. (orgs.). **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso. 2019. p. 255-272.
- BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.
- BRITO, D. D. O. **Análise da fala, do tônus muscular orofacial e das mobilidades dos lábios, da língua e da mandíbula em usuários de prótese total superior**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2010.
- BUENO, M. R. S. **Validação do protocolo de avaliação miofuncional orofacial MBGR para adultos com disfunção temporomandibular**. 2014. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2014.
- CATISQUINI, E. A. T.; BEVILACQUA, M. C. Escala de integração auditiva significativa: procedimento adaptado para avaliação da percepção da fala. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 6, n. 6, p. 51-61, 2000.
- CHOKER. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/choke>>. Accessed on: Mar. 30, 2019a.
- CHOKER. In: **Reverso**. c2019. Available at: <<http://conjugacao.reverso.net/conjugacao-ingles-verbo-choke.html>>. Accessed on: Mar. 30, 2019b.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. RESOLUÇÃO nº 320, de 17 de fevereiro de 2006.
- COUGH. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/cough>>. Accessed on: Mar. 30, 2019a.
- COUGH. In: **Reverso**. c2019. Available at: <<http://conjugacao.reverso.net/conjugacao-ingles-verbo-cough.html>>. Accessed on: Mar. 30, 2019b.
- COUTO, S. L. **A definição terminológica: problemas teóricos e práticos encontrados na construção de um glossário no domínio da Corrosão**. 2003. Dissertação (Mestrado em Terminologia e Tradução) - Faculdade de Letras, Universidade do Porto, Porto, 2013.
- DESCREVER. In: **Michaelis Dicionário**. c2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/descrever/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

DESCRIBE. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/describe>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

DESCRIPTION. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/description>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

DUARTE, V. M. N. **Paralelismo** - Uma questão de estilo textual. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/redacao/paralelismo.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

EAR AND HEARING. Philadelphia: LWW, v. 40, n. 1, Jan./Feb. 2019.

ENGASGO. In: **Michaelis Dicionário**. c2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/engasgo/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

ENQUANTO. In: **Michaelis Dicionário**. c2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/enquanto/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

ERCOLIN, B. et al. Oral motor movements and swallowing in patients with myotonic dystrophy type 1. **Dysphagia**, v. 28, n. 3, p. 446-454, 2013.

EXCHANGE. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/exchange>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

EXPLICAR. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/verbo-explicar/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

EXPLIQUE. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/busca.php?q=explique>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

FELICIO, C. M. et al. Computerized protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores: usability and validity. **CoDAS**, v. 26, n. 4, p. 322-327, 2014.

FELÍCIO, C. M. et al. Electromyographic indices, orofacial myofunctional status and temporomandibular disorders severity: a correlation study. **J Electromyogr Kinesiol**, v. 22, n. 2, p. 266-272, 2012.

FELÍCIO, C. M. et al. Expanded protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores: Validity and reliability. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 74, n. 11, p. 1230-1239, 2010.

FELÍCIO, C. M. et al. Orofacial Myofunctional Evaluation Protocol for older people: validity, psychometric properties, and association with oral health and age. **CoDAS**, v. 29, n. 6, 2017.

FELÍCIO, C. M. et al. Tradução e adaptação transcultural do protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escores para a Língua Italiana. **CoDAS**, v. 27, n. 6, p. 575-583, 2015.

- FELÍCIO, C. M.; FERREIRA, C. L. P. Protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 72, n. 3, p. 367-375, 2008.
- FELÍCIO, C. M.; MEDEIROS, A. P. M.; MELCHIOR, M. O. Validity of the “protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores” for young and adult subjects. **J Oral Rehabil**, v. 39, n. 10, p. 744-753, 2012.
- FERNANDES NETO, A. J. et al. Aparelho estomatognático. In: **Oclusão e disfunções temporomandibulares**. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2008. p. 264.
- FERREIRA, A. A. **Direcionalidade em tradução: uma investigação do processamento cognitivo de tradutores profissionais em tradução direta e inversa no par linguístico inglês-português**. 2010. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) - Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- FLAVOR. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/flavor>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.
- FLAVOUR. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/flavour>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.
- FOLHA, G. A. **Ampliação das escalas numéricas do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial (AMIOFE), validação e confiabilidade**. 2010. Dissertação (Mestrado em Morfofisiologia de Estruturas Faciais) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- FORTUNATO-TAVARES, T. et al. Crianças com implante coclear: habilidades comunicativas e qualidade de vida. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 1, p. 15-25, 2012.
- GARCÍA-YERBA, V. **En torno a la traducción**. Madrid: Gredos, 1983.
- GARCIA, J. D.; OLIVEIRA, A. A. C. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). **Revista Hórus**, v. 6, n. 1, p. 111-122, 2011.
- GENARO, K. F. et al. Avaliação miofuncional orofacial: protocolo MBGR. **Rev CEFAC**, v. 11, n. 2, p. 237-255, 2009.
- GENARO, K. F.; YAMASHITA, R. P.; TRINDADE, I. E. K. Avaliação clínica e instrumental na fissura labiopalatinas. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Org.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 456-477.
- GIACCHINI, V.; TONIAL, A.; MOTA, H. B. Aspectos de linguagem e motricidade oral observados em crianças atendidas em um setor de estimulação precoce. **Distúrb Comun**, v. 25, n. 2, p. 253-265, 2013.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol Instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**, v. 7, n. 4, p. 323–335, 1998.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Qual Life Res**, v. 6, n. 3, p. 237–247, 1997.

HURTADO ALBIR, A. A aquisição da competência tradutória: aspectos teóricos e didáticos. In: PAGANO, A.; MAGALHÃES, C.; ALVES, F. **Competência em tradução: cognição e discurso**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 19-57.

HURTADO ALBIR, A. **Traducción y traductología**. Madrid: Cátedra, 2001.

IMPERATIVO. In: **Norma Culta**. c2019. Disponível em:
<<https://www.normaculta.com.br/imperativo/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

INFINITIVE. In: **Só Língua Inglesa**. c2019. Available at:
<<https://www.solinguainglesa.com.br/conteudo/Gerund9.php>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

INFINITIVO IMPESSOAL. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em:
<<https://www.conjugacao.com.br/infinitivo-impessoal/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

JANOCA, M. Í. G. et al. Oral health status and performance of oral functions in children and adolescents in the treatment for overweight or obesity. **OJST**, v. 3, n. 9, p. 59-64, 2013.

JOHANNIS, C. M. et al. Há relação de hábitos orais deletérios com a tipologia facial e a oclusão dentária? **Rev CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1095-1102, 2011.

JOHNS, D. F.; ROHRICH, R. J.; AWADA, M. Velopharyngeal incompetence: a guide for clinical evaluation. **Plast Reconstr Surg**, v. 112, n. 7, p. 1890-1897, 2003.

KELLY, D. La traducción “inversa” en la bibliografía de la Traductología. In: KELLY, D. et al. **La direccionalidad en traducción e interpretación: perspectivas teóricas, profesionales y didácticas**. Granada: Editorial Atrio, 2003.

LADMIRAL, J. R. **Théorèmes pour la traduction**. Paris: Didier, 1979.

LARANGEIRA, F. R. et al. Speech nasality and nasometry in cleft lip and palate. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 82, n. 3, p. 326-333, 2016.

LEAL, A. B. **Funcionalismo e tradução literária: o modelo de Christiane Nord em três contos ingleses contemporâneos**. Florianópolis: Scientia Traductionis, 2006.

- LEME, M. S.; BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. D. Versão brasileira do The Nordic Orofacial Test – Screening (NOT-S) para avaliação de disfunções orofaciais. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**, v. 11, n. 2, p. 281-289, 2011.
- LIMA, G. N. **Concordância entre testes perceptivo-auditivos e nasofaringoscopia no diagnóstico da disfunção velofaríngea**. 2012. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.
- LIMA, M. D. F. **Validação do protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escalas para idosos e relação com o índice de saúde oral**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- MARCAR. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/verbo-macar/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- MARCHESAN, I. Q. et al. Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial com Escores. In: TESSITORE, A. et al. **Práticas clínicas em motricidade orofacial**. Pinhais: Editora
- MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G.; GENARO, K. F. MBGR protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. **Int J Orofacial Myology**, v. 38, p. 38-77, 2012.
- MARQUE. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/busca.php?q=marque>>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- MEÇA. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/busca.php?q=me%E7a>>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- MEDEIROS, A. P. M. **Validação do protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escalas para jovens e adultos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Morfofisiologia de Estruturas Faciais) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- MEDIR. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/verbo-medir/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- Melo, 2014. p. 97-116.
- MELO, D. L. E. et al. Avaliação do respirador oral: uso do espelho de Glatzel e do peak nasal inspiratory flow. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 236-241, 2013.
- MELO, D. P. et al. Terapia fonoaudiológica intensiva e fissura de palato: relato de caso. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 1019-1024, 2013.
- MIGUEL, H. C.; GENARO, K. F.; TRINDADE, I. E. K. Avaliação perceptiva e instrumental da função velofaríngea na fissura de palato submucosa assintomática. **Pró-Fono R Atual Cient**, v. 19, n. 1, p. 105-112, 2007.

MODAL VERBS. In: **English Live**. c2019. Available at: <<https://englishlive.ef.com/pt-br/blog/modal-verbs-veja-o-que-sao-e-como-usa-los/>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

MODOLO, D. J. **Desempenho motor oral na fissura labiopalatina**. 2012. Tese (Doutorado em Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2012.

MORETI, F. et al. Equivalência cultural da versão brasileira da Voice Symptom Scale (VoiSS). **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 23, n. 4, p. 398-400, 2011.

MOVA. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/busca.php?q=mova>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MOVER. In: **Conjugação**. c2019. Disponível em: <<https://www.conjugacao.com.br/verbo-mover/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

NASCIMENTO, L. T. **Uma proposta de avaliação da linguagem oral**. 1997. Monografia - Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, Bauru, 1997.

NEIGHBORHOOD. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/neighborhood>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

NEIGHBOURHOOD. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/neighbourhood>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

NEWMARK, P. **Manual de traducción**. Madrid: Cátedra, 1992.

NÚMEROS, UNIDADES E MEDIDAS NOS EUA. In: **Go to US**. c2019. Available at: <<https://gotous.market/numeros-unidades-e-medidas-nos-eua/>>. Accessed on: Apr. 10, 2019.

ORLANDI, A. C.; BEVILACQUA, M. C. Deficiência auditiva nos primeiros anos de vida: procedimento para a avaliação da percepção da fala. **Pró-fono**, v. 10, n. 2, p. 87-92, 1999.

PAGANO, A.; MAGALHÃES, C. M.; ALVES, F. **Competência em tradução: cognição e discurso**. Editora UFMG, 2005.

PEGORARO-KROOK, M. I. et al. Correlação entre nasalância e nasalidade em crianças com hipernasalidade. **Rev CEFAC**, v. 16, n. 6, p. 1936-1944, 2014.

PETERS M.; PASSCHIER, J. Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. **Headache**, v. 46, n. 1, p. 82-91, 2006.

PIZOLATO, R. A.; FREITAS-FERNANDES, F. S.; GAVIÃO, M. B. D. Anxiety/depression and orofacial myofacial disorders as factors associated with TMD in children. **Braz Oral Res**, v. 27, n. 2, p. 156-62, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

- PRADO, D. G. A. et al. Controle motor oral e funções orofaciais em indivíduos com deformidade dentofacial. **Audiol Commun Res**, v. 20, n. 1, p. 76-83, 2015.
- REALIZE. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/realize>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.
- RODRIGUES, I. T.; LEAL, M. G. Tradução portuguesa e análise de aspectos psicométricos da escala “Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)”. **Audiol Commun Res**, v. 18, n. 4, p. 339-344, 2013.
- ROSAL, A. G. C.; CORDEIRO, A. A. A.; QUEIROGA, B. A. M. Consciência fonológica e o desenvolvimento do sistema fonológico em crianças de escolas públicas e particulares. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 837-846, 2013.
- SALIMON, A. **REMIC: localização do portal informativo sobre sistema de frequência modulada e demais microfones remotos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2018.
- SILVA, C. M.; SANTOS, C. A.; REZENDE, N. A. Avaliação da motricidade orofacial em indivíduos com neurofibromatose tipo 1. **Rev CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 100-110, 2015.
- SILVA, L. K. **Características da função respiratória em indivíduos com deformidade dentofacial**. 2013. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.
- SILVA, N. R.; FELIPINI, L. M. G. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação em Fonoaudiologia para o português brasileiro: uma análise das diretrizes. **TradTerm**, v. 32, p. 32-51, 2018.
- SOUZA, M. R. F. et al. Tradução e adaptação do questionário ABEL (Auditory Behavior in Everyday Life) para o português brasileiro. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 23, n. 4, p. 368-375, 2011.
- SOVINSKI, S. R. P. et al. Avaliação estética da face em indivíduos com deformidades dentofaciais. **Rev CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1348-1358, 2016.
- TAMBELI, C. H. **Fisiologia Oral: Série Abeno - Odontologia Essencial - Parte Básica**. 2014. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 140.
- TOSSE. In: **Michaelis Dicionário**. c2019. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/tosse/>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

TRINDADE, I. E. K. et al. Proposta de classificação da função velofaríngea na avaliação perceptivo-auditiva da fala. **Pró-Fono R Atual Cient**, v. 17, n. 2, p. 259-262, 2005.

WHILE. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/while>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

WHILST. In: **Merriam-Webster**. c2019. Available at: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/whilst>>. Accessed on: Mar. 30, 2019.

WILD, D. et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

ZOCOLI, A. M. F.; MORATA, T. C.; MARQUES, J. M. Youth Attitude to Noise Scale (YANS) questionnaire adaptation into Brazilian Portuguese. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 75, n. 4, p. 485-492, 2009.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Autorização dos autores do Protocolo MBGR.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – FOB/USP para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos a tradução e a adaptação do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa norte-americana e concordamos em participar da sexta etapa metodológica (submissão da documentação às autoras) da pesquisa denominada “Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores”, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos, cujo objetivo é realizar a tradução e a adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural dos fonoaudiólogos norte-americanos.

Bauru - SP, 20 de fevereiro de 2018

Prof. Dra. Giédre Berretin-Felix

Nayara Ribeiro da Silva

Prof. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

DEPARTAMENTO DE FONAUDIOLOGIA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – FOB/USP para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos a tradução e a adaptação do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa norte-americana e concordamos em participar da sexta etapa metodológica (submissão da documentação às autoras) da pesquisa denominada “Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores”, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos, cujo objetivo é realizar a tradução e a adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural dos fonoaudiólogos norte-americanos.

Bauru - SP, 22 de fevereiro de 2018

Prof. Dra. Irene Queiroz Marchesan

Nayara Ribeiro da Silva

Prof. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – FOB/USP para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos a tradução e a adaptação do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa norte-americana e concordamos em participar da sexta etapa metodológica (submissão da documentação às autoras) da pesquisa denominada “Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores”, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos, cujo objetivo é realizar a tradução e a adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural dos fonoaudiólogos norte-americanos.

Bauru - SP, 20 de fevereiro de 2018

Prof. Dra. Katia Genaro Flores

Nayara Ribeiro da Silva

Prof. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO

Senhora Coordenadora,

Como parte da documentação solicitada por este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – FOB/USP para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, autorizamos a tradução e a adaptação do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa norte-americana e concordamos em participar da sexta etapa metodológica (submissão da documentação às autoras) da pesquisa denominada “Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores”, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos, cujo objetivo é realizar a tradução e a adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural dos fonoaudiólogos norte-americanos.

Bauru - SP, 22 de fevereiro de 2018

p/

Prof. Dra. Maria Inês Beltrati Cornacchioni Rehder

Nayara Ribeiro da Silva

Prof. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Bauru -
Universidade de São Paulo.

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR

Pesquisador: NAYARA RIBEIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 84331318.4.0000.5417

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Bauru

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.322.265

Apresentação do Projeto:

Apresentação de Emenda

Objetivo da Pesquisa:

N/A

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

N/A

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda propõe alteração do título da pesquisa e das palavras-chave.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi modificado na Plataforma Brasil, no projeto principal e emitida nova folha de rosto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) foi considerada APROVADA na reunião ordinária do CEP de 08/05/2019, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia,

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITÁRIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 3.322.265

título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1344027_E2.pdf	26/04/2019 16:48:08		Aceito
Folha de Rosto	FR_Emenda_2.pdf	26/04/2019 16:45:31	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP_Emenda_2.pdf	26/04/2019 16:43:37	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio_Emenda_2.pdf	26/04/2019 12:12:24	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio_Emenda_Assinado.pdf	04/02/2019 10:49:02	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Expert_Committee_Review_Traduzido_Emenda.pdf	04/02/2019 10:48:12	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP_Emenda.pdf	04/02/2019 10:47:41	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Expert_Committee_Review_Emenda.pdf	04/02/2019 10:44:23	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_CEP.pdf	19/04/2018 16:56:32	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Emails_Carta_de_Aquiescencia_Assinado.pdf	19/04/2018 16:42:12	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio_Parecer_01_Assinado.pdf	19/04/2018 16:41:55	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Aquiescencia_Profa_Michelle_USF_CEP_Traduzida.pdf	19/04/2018 14:32:55	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Aquiescencia_Profa_Michelle_USF_CEP.pdf	19/04/2018 14:32:33	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Sumario_de_Participantes_Pronto.pdf	19/04/2018 12:12:13	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 3.322.265

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Tradutores.pdf	19/04/2018 12:11:05	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Perito_em_Letras.pdf	19/04/2018 12:10:52	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Banca_de_Especialistas.pdf	19/04/2018 12:10:38	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Retrotradutores.pdf	19/04/2018 12:10:20	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Expert_Committee_Review_Board.pdf	19/04/2018 12:10:05	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Expert_Committee_Review.pdf	19/04/2018 12:09:47	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_de_Bolsa_FAPESP.pdf	18/04/2018 23:36:45	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Termo_de_Outorga_FAPESP.pdf	18/04/2018 23:32:11	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP.pdf	18/04/2018 23:12:38	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_CEP.pdf	18/04/2018 23:12:14	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Profa_Irene_Assinada.pdf	22/02/2018 16:40:22	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Profa_Maria_Ines_Assinada.pdf	22/02/2018 16:39:58	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Profa_Katia_Assinada.pdf	21/02/2018 17:35:42	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Profa_Giedre_Assinada.pdf	21/02/2018 17:34:43	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Protocolo_MBGR_Completo.pdf	17/02/2018 13:26:08	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Encamohamento.pdf	16/02/2018 18:59:44	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_Pesquisador_Resultados_Pesquisa.pdf	16/02/2018 16:54:41	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

Continuação do Parecer: 3.322.265

Outros	Questionario_Tecnico_Pesquisador.pdf	16/02/2018 16:51:49	NAYARA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
--------	--------------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 13 de Maio de 2019

Assinado por:

Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO C – Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial MBGR atualizado -
história clínica miofuncional orofacial e exame clínico miofuncional orofacial com escores.

PROTOCOLO MBGR
HISTÓRIA CLÍNICA MIOFUNCIONAL OROFACIAL

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Nome: _____ Nº: _____
Data do exame: ____/____/____ Idade: ____ anos e ____ meses DN: ____/____/____
Estado civil: _____ Informante: _____ Grau de parentesco: _____

Estuda: () sim - Em qual ano: _____ () não - Até que ano estudou: _____
Trabalha: () sim - Em que: _____ () não
Já trabalhou: () sim - Em que: _____ () não
Atividade física: () sim - Qual: _____ () não

Endereço: _____	Nº: _____	Complemento: _____
Bairro: _____	Cidade/Estado: _____	CEP: _____
Telefones: Residencial: (____) _____ Trabalho: (____) _____	Celular: (____) _____	
E-mail: _____		
Nome do pai: _____	Nome da mãe: _____	
Irmãos: () não () sim - Quantos: _____		

Quem indicou para Fonoaudiologia? (nome, especialidade, telefone): _____

Queixa principal: _____

Outras queixas relacionadas à: (0) não (1) às vezes (2) sim

() lábios	() língua	() sucção	() mastigação	() deglutição
() respiração	() fala	() frênulo lingual	() voz	() audição
() aprendizagem	() estética facial	() postura	() oclusão	() cefaleia
() ruído na ATM	() dor na ATM	() dor no pescoço	() dor nos ombros	
() dificuldade ao abrir a boca () dificuldade ao movimentar a mandíbula para os lados				

Antecedentes familiares

☐ não ☐ sim - Qual: _____

Intercorrências

Na gestação: ☐ não ☐ sim - Qual: _____

No nascimento: ☐ não ☐ sim - Qual: _____

Desenvolvimento motor

Sentar: ☐ normal ☐ alterado - Idade: _____

Andar: ☐ normal ☐ alterado - Idade: _____

Tem dificuldade motora para: (0) não (1) às vezes (2) sim

() andar de bicicleta () correr () amarrar os sapatos () vestir-se () abotoar () outras: _____

Problemas de saúde

	Qual	Tratamento	Medicamento
Neurológico: ☐ não ☐ sim			
Ortopédico: ☐ não ☐ sim			
Metabólico: ☐ não ☐ sim			
Digestivo: ☐ não ☐ sim			
Hormonal: ☐ não ☐ sim			

Outros problemas: _____

Problemas respiratórios

	Frequência	Tratamento	Medicamento
Resfriados frequentes*:	☐ não ☐ sim		
Problemas de garganta:	☐ não ☐ sim		
Amidálite:	☐ não ☐ sim		
Halitose:	☐ não ☐ sim		
Asma:	☐ não ☐ sim		
Bronquite:	☐ não ☐ sim		
Pneumonia:	☐ não ☐ sim		
Rinite:	☐ não ☐ sim		
Sinusite:	☐ não ☐ sim		
Obstrução nasal:	☐ não ☐ sim		
Prurido nasal:	☐ não ☐ sim		
Coriza:	☐ não ☐ sim		
Espirros em salva:	☐ não ☐ sim		

*resfriado frequente (alteração de via aérea superior): até 5 anos de idade: acima de 12 episódios/ano
entre 6 e 12 anos de idade: acima de 6 episódios/ano

Outros problemas: _____

Sono

Aagitado:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Fragmentado:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Ronco:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Ressona:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Sialorreia:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Apneia:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Ingestão de água à noite:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Boca aberta ao dormir:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Boca seca ao acordar:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Dores na face ao acordar:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim
Mão apoiada sob o rosto:	☐ não ☐ às vezes ☐ sim: [] D [] E
Postura:	☐ decúbito lateral ☐ decúbito dorsal ☐ decúbito ventral

Outros problemas: _____

Tratamentos

	Motivo	Profissional
Fonoaudiológico:	☐ não ☐ no passado ☐ atualmente	
Médico:	☐ não ☐ no passado ☐ atualmente	
Psicológico:	☐ não ☐ no passado ☐ atualmente	
Fisioterápico:	☐ não ☐ no passado ☐ atualmente	
Cirúrgico:	☐ não ☐ sim - Qual: _____ Quando: _____	
Odontológico:	☐ não ☐ no passado ☐ atualmente	
Procedimento: [] exodontia [] prótese [] implante [] aparelho fixo [] aparelho removível		

Outros tratamentos: _____

Amamentação

Peito:	☐ não ☐ sim - Até quando: _____
Mamadeira:	☐ não ☐ sim - Até quando: _____

Alimentação – dificuldade em introduzir

Copo:	☐ não ☐ sim (descrever): _____
Sabores:	☐ não ☐ sim (descrever): _____
Consistências:	☐ não ☐ sim (descrever): _____

Alimentação atual

	Quais		
Frutas:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Verduras:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Legumes:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Cereais (arroz, macarrão, trigo):	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Grãos (feijão, lentilha, ervilha):	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Carnes:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Leite e derivados:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Açúcares:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim

De maneira geral, ingere alimentos predominantemente:
☐ líquidos ☐ pastosos ☐ sólidos
Na maioria das vezes, como e onde faz as refeições:

Sem outra atividade:	☐ à mesa	☐ no sofá	☐ no chão	☐ na cama
Lendo:	☐ à mesa	☐ no sofá	☐ no chão	☐ na cama
Assistindo à TV:	☐ à mesa	☐ no sofá	☐ no chão	☐ na cama
Fazendo lição:	☐ à mesa	☐ no sofá	☐ no chão	☐ na cama
Em frente ao computador:	☐ à mesa	☐ no sofá	☐ no chão	☐ na cama

Mastigação

Lado:	☐ bilateral	☐ unilateral - [] D [] E
Lábios:	☐ fechados	☐ entreabertos ☐ abertos
Ruído:	☐ não	☐ às vezes ☐ sim
Ingestão de líquido durante as refeições:	☐ não	☐ às vezes ☐ sim
Dor ou desconforto durante a mastigação:	☐ não	☐ às vezes ☐ sim- [] D [] E
Ruído articular:	☐ não ☐ às vezes	☐ sim- [] D [] E
Dificuldade mastigatória:	☐ não	☐ sim - Qual: _____
Escape de alimentos durante a mastigação:	☐ não	☐ sim

Outros problemas: _____

Mastiga os alimentos:
☐ adequadamente ☐ pouco ☐ muito
Velocidade mastigatória

	Semelhante	mais rápido	mais devagar
Em comparação à família:	☐	☐	☐
Em comparação aos amigos:	☐	☐	☐

Capacidade mastigatória (grau de satisfação do paciente com relação à sua mastigação)
☐ ótima ☐ boa ☐ regular ☐ ruim ☐ péssima
Deglutição

Dificuldade:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Ruído:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Engasgos:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Odinofagia (dor ao engolir):	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Refluxo nasal:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Escape anterior:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Pigarro:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Tosse:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Resíduos após a deglutição:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim

Outros problemas: _____

Hábitos orais

Chupeta:	☐ não	☐ sim - Até quando: _____	☐ [] comum	☐ [] ortodôntica
Sucção de dedo:	☐ não	☐ sim - Até quando: _____		
Sucção de língua:	☐ não	☐ sim - Até quando: _____		
Umidificar os lábios:	☐ não	☐ sim - Idade: _____		
Fumo:	☐ não	☐ sim - Quantos cigarros/dia: _____		

Outros hábitos: _____

Hábitos de mordida

Bruxismo (ranger os dentes):	☐ não	☐ sim - [] diurno	☐ [] noturno
Apertamento dentário:	☐ não	☐ sim - Quando: _____	
Onicofagia (roer as unhas):	☐ não	☐ sim - Quando: _____	
Morder mucosa oral:	☐ não	☐ sim - Quando: _____	
Morder objetos:	☐ não	☐ sim - Qual: _____	Quando: _____

Outros hábitos: _____

Hábitos de postura

Interposição do lábio inferior:	☐ não	☐ sim
Protração da mandíbula:	☐ não	☐ sim
Apoio da mandíbula na mão:	☐ não	☐ sim - [] D [] E
Apoio da cabeça na mão:	☐ não	☐ sim - [] D [] E
Uso excessivo do computador:	☐ não	☐ sim - Postura: _____
Uso excessivo do celular:	☐ não	☐ sim - Postura: _____

Outros hábitos: _____

Fala

Omissão:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Substituição:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Inteligibilidade prejudicada:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Inteligibilidade prejudicada ao telefone:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Salivação excessiva:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Diminuição da amplitude do movimento mandibular:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Interposição da língua:	☐ não	☐ sim - [] anterior [] lateral	Quais fones: _____

Outros problemas: _____

Comunicação

Intencionalidade prejudicada:	☐ não	☐ sim
Ausência de produção de sons quando bebê:	☐ não	☐ sim
Demorou a falar:	☐ não	☐ sim
Demorou a elaborar frases:	☐ não	☐ sim
Dificuldade de compreensão:	☐ não	☐ sim

Outros problemas: _____

Audição

Hipoacusia (diminuição da audição):	☐ não	☐ às vezes	☐ sim - [] D [] E
Otite:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim - [] D [] E
Zumbido:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim - [] D [] E
Otalgia (dor de ouvido):	☐ não	☐ às vezes	☐ sim - [] D [] E
Tontura/Vertigem:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Avaliação audiológica prévia:	☐ não	☐ sim - Quando: _____	

Outros problemas: _____

Voz

Outros problemas: _____

Dificuldade escolar:	☐ não	☐ sim – Qual:	
Falta de atenção/concentração:	☐ não	☐ às vezes	☐ sim
Dificuldade de memória:	☐ não	☐ sim	
Reprovações:	☐ não	☐ sim – Quantas:	
Dificuldade de relacionamento:	☐ não	☐ sim	
Dominância lateral:	☐ destro	☐ sinistro	☐ ambidestro

Outros problemas: _____

Informações complementares: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.Fonoaudiólogo: _____ CRF^a: _____

PROTOCOLO MBGR
EXAME CLÍNICO MIOFUNCIONAL OROFACIAL COM ESCORES
 Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Nome: _____ N°: _____
 Data do Exame: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos e ____ meses DN: ____ / ____ / ____
 Peso corporal: ____ kg Altura corporal: ____ m IMC: ____ (peso[kg]/estatura[m]²)

1. POSTURA CORPORAL (observar o paciente em pé e sem calçado)

Cabeça [flexão e extensão = sim] [rotação = não] [inclinação = talvez]				
Frontal: () normal () rotação D () rotação E () inclinação D () inclinação E				
Lateral: () normal () anteriorizada () flexão () extensão				

Ombros

Frontal: () normal () elevado D () elevado E	
Lateral: () normal () anteriorizados	

Observação: _____

2. MEDIDAS DA FACE, DOS MOVIMENTOS MANDIBULARES E DA OCLUSÃO

Face (tomar cada medida 3 vezes com o paquímetro e calcular a média - o paciente deve manter os lábios em contato)

	1ª medida (mm)	2ª medida (mm)	3ª medida (mm)	Média (mm)
terço médio da face (glabella a subnasal)				
terço inferior da face (subnasal a gnatio)				
altura da face - A (glabella a gnatio) (soma do terço médio e do inferior)				
largura da face - La (proeminências dos arcos zigomáticos - essa medida será mais exata com o paquímetro "spreading caliper" ou com o paquímetro adaptado com prolongamento de 10 centímetros)				
canto externo do olho direito à comissura direita do lábio				
canto externo do olho esquerdo à comissura esquerda do lábio				
lábio superior (subnasal ao ponto mais inferior do lábio superior)				
lábio inferior (do ponto mais superior do lábio inferior ao gnatio)				

Movimentos mandibulares e oclusão (usar paquímetro e lápis cópia, tomar cada medida 3 vezes e calcular a média)

	1ª medida (mm)	2ª medida (mm)	3ª medida (mm)	Média (mm)
Trespasse vertical - TV (com os dentes em oclusão, marcar na vestibular dos incisivos inferiores a face incisal dos incisivos superiores e medir a distância dessa marcação até a face incisal dos incisivos inferiores; na mordida aberta, medir a distância entre as faces incisais dos dentes incisivos superiores e inferiores no plano vertical e o resultado obtido será negativo)				
Trespasse horizontal - TH (medir a distância entre as faces incisais dos incisivos superiores e inferiores no plano horizontal)				
Lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a direita e medir a distância entre a marcação e linha média superior)				
Lateralidade mandibular esquerda (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandíbula para a esquerda e medir a distância entre a marcação e linha média superior)				
Distância interincisal máxima ativa - DIMA (do incisivo central ou lateral superior ao inferior com a máxima abertura da boca)				
Abertura da boca (DIMA + TV)				
DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMALP)				
Calcular: (DIMALP) x 100 DIMA				

3. EXAME EXTRAORAL [] SOMAR OS PONTOS DA FACE, LÁBIOS E MASSETER (*melhor resultado = 0 e pior = 30*)

Face [] SOMAR OS PONTOS DAS NORMAS FRONTAL E LATERAL (*melhor resultado = 0 e pior = 15*)
(Observar o paciente em pé e sem calçado)

Norma frontal [] SOMAR OS PONTOS DA ANÁLISE FACIAL NUMÉRICA E SUBJETIVA (*melhor resultado = 0 e pior = 13*)

Análise facial numérica [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 3*)

Tipo facial	Comparar a altura com a largura: (0) média (altura e largura semelhantes)	(1) longa (altura maior)	(1) curta (largura maior)
Proporção facial	Comparar o terço médio com o inferior: (0) semelhantes	(1) terço inferior maior	(1) terço inferior menor
	Comparar a distância do canto externo do olho à comissura labial D com a E:	(0) semelhante	(1) assimétrica

Análise facial subjetiva [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 10*)

	Simétrico	Assimétrico	Descrever
Plano infraorbitário	(0)	(1)	
Região zigomática	(0)	(1)	
Asas do nariz	(0)	(1)	
Bochechas	(0)	(1)	
Sulco nasolabial	(0)	(1)	
Lábio superior	(0)	(1)	
Comissura dos lábios	(0)	(1)	
Lábio inferior	(0)	(1)	
Mento	(0)	(1)	
Mandíbula (corpo e ramo)	(0)	(1)	

Norma lateral [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 2*)

Padrão: (0) padrão I (reto)	(1) padrão II (convexo)	(1) padrão III (côncavo)
Ângulo nasolabial: (0) próximo a 90° - 110°	(1) agudo (< 90°)	(1) obtuso (> 110°)

Observação: _____

Lábios [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 13*)

Postura habitual: (0) fechados (2) entreabertos	(1) fechados com tensão (2) fechados em contato dentário	(2) ora abertos ora fechados (3) abertos
Forma: - Superior: (0) normal (1° arco do cupido) - Inferior: (0) normal	(1) em asa de gaivota (1° e 2° arcos do cupido) (1) com eversão leve	(2) com eversão acentuada
Comprimento do superior: (0) cobre 2/3 dos incisivos (0) 1/2 da medida do inferior	(1) cobre mais que 2/3 (1) > 1/2 da medida do inferior	(1) cobre menos que 2/3 (2) < 1/2 da medida do inferior
Mucosa externa: (0) normal	(1) com saliva	(1) ressecada (2) ferida

Observação: _____

Masseeter [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 2*) (*avaliar por observação visual e palpação*)

No repouso: (0) relaxado	(1) contraído (apertamento dentário)
Recrutamento na contração isométrica: (0) simultâneo	(1) primeiro lado D (1) primeiro lado E

Observação: _____

4. EXAME INTRAORAL [] SOMAR OS PONTOS DE LÁBIOS, BOCHECHAS, LÍNGUA, PALATO, TONSILAS, DENTES E OCLUSÃO (*melhor resultado = 0 e pior = 61*)

Lábios [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 5*)

Mucosa interna: (0) normal	(1) com marcas dentárias	(2) ferida
Frênulo superior: Fixação no rebordo alveolar: (0) adequada	(1) baixa	
Espessura: (0) adequada	(1) alterada (descrever):	

Observação: _____

Bochechas [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 8*)

Mucosa: (0) normal	(1) marcas dentárias/aparelho D	(1) linha alba D	(2) ferida D
	(1) marcas dentárias/aparelho E	(1) linha alba E	(2) ferida E

Observação: _____

Língua [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 20*)

Postura habitual:	☐ não visível	(1) no assoalho	(1) ponta baixa e dorso alto	(1) interdental:
Simetria:	(0) sim	(1) não (descrever): _____		
Largura:	(0) adequada	(1) reduzida	(2) aumentada	
Altura:	(0) adequada	(1) aumentada		
Mucosa:	(0) normal	(1) geográfica	(1) fissurada	(2) ferida (região): _____
	(1) marcada por dentes (região): _____	(1) marcada por aparelho (região): _____		
Frênulo:	Fixação: no assoalho: (0) entre as carúnculas na língua: (0) na parte média	(1) na crista alveolar	(1) anterior à parte média	(2) no ápice
	Forma do ápice ao elevar a língua: (0) arredondada	(1) quadrada ou retangular	(1) ligeira fenda no ápice	(3) não se eleva
	Outras características: (0) não há	(1) submerso	(1) espesso	(1) fibroso

Observação: _____

Palato [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 8*)

Duro:	Profundidade: (0) adequada	(1) reduzida (baixo)	(2) aumentada (alto)
	Largura: (0) adequada	(1) aumentada (larga)	(2) reduzida (estreitada)
Véu palatino:	Simetria: (0) presente	(1) ausente (descrever): _____	
	Extensão: (0) adequada	(1) longa	(2) curta
Úvula:	(0) adequada	(1) alterada (descrever): _____	

Observação: _____

Tonsilas palatinas [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 4*)

Presença:	☐ presentes	☐ removidas	☐ não visíveis
Tamanho:	(0) adequado	(1) hipertrofia D	(1) hipertrofia E
Coloração:	(0) adequada	(1) hiperemia D	(1) hiperemia E

Observação: _____

Dentes [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 5*)

Dentição:	☐ decídua	☐ dentadura mista	☐ permanente
Nº de dentes:	superior D: _____	superior E: _____	inferior D: _____ inferior E: _____
Falha dentária:	(0) ausente	(1) presente (elementos): _____	
Saúde oral:	Dentes: (0) boa	(1) regular	(2) ruim
	Gengivas: (0) boa	(1) regular	(2) ruim
Uso de prótese:	☐ não	☐ removível	☐ fixa ☐ parcial ☐ total

Observação: _____

Oclusão [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 11*)

Linha média:	(0) adequada	(1) desviada D	(1) desviada E
Classificação de Angle:	Lado D: (0) Classe I	(1) Classe II div. 1ª	(1) Classe II div. 2ª (1) Classe III
	Lado E: (0) Classe I	(1) Classe II div. 1ª	(1) Classe II div. 2ª (1) Classe III
Guia de desocclusão:	(0) presente	(1) ausente D	(1) ausente E
Relação horizontal:	(0) adequada [TH entre 1 e 3 mm]	(1) sobressaliência excessiva [TH > 3 mm]	
	(1) mordida de topo [TH = 0 mm]	(1) mordida cruzada anterior [TH < 0 mm]	
Relação vertical:	(0) adequada [TV entre 1 e 3 mm]	(1) sobremordida excessiva [TV > 3 mm]	(1) mordida aberta posterior D
	(1) mordida de topo [TV = 0 mm]	(1) mordida aberta anterior [TV < 0 mm]	(1) mordida aberta posterior E
Relação transversal:	(0) adequada	(1) mordida cruzada posterior D	(1) mordida cruzada posterior E
Uso de aparelho:	☐ não	☐ removível	☐ fixo

Observação: _____

5. MOBILIDADE [] SOMAR OS PONTOS DE LÁBIOS, LÍNGUA, VÉU PALATINO E MANDÍBULA (melhor resultado = 0 e pior = 68)**Lábios []** SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 27) (o paciente deve manter os dentes ocluídos*)

	Adequada	Pequena alteração	Grande alteração	Ausente
Protração de lábios fechados*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Retração de lábios fechados*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protração de lábios abertos*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Retração de lábios abertos:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protração de lábios fechados à D*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protração de lábios fechados à E*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protração de lábios fechados e alternância para D e E*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Estalo de lábios protruídos:	(0)	(1)	(2)	(3)
Estalo de lábios retraídos:	(0)	(1)	(2)	(3)

Observação: _____

Língua [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 24)

	Adequada	Pequena alteração	Grande alteração	Ausente
Protração da língua:	(0)	(1)	(2)	(3)
Toque do ápice sequencialmente nas comissuras D/E e nos lábios S/I:	(0)	(1)	(2)	(3)
Toque do ápice na papila incisiva:	(0)	(1)	(2)	(3)
Toque do ápice na bochecha D:	(0)	(1)	(2)	(3)
Toque do ápice na bochecha E:	(0)	(1)	(2)	(3)
Estalo do ápice:	(0)	(1)	(2)	(3)
Sucção da língua no palato:	(0)	(1)	(2)	(3)
Vibração da língua:	(0)	(1)	(2)	(3)

Observação: _____

Véu palatino [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 4)

Emissão da vogal “a” repetidamente:	Adequada (0) D (0) E	Reduzida (1) D(1) E	Ausente (2) D (2) E
-------------------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

Observação: _____

Mandíbula [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 13)

	Adequada	Reduzida	Aumentada	Não realiza	Com desvio	Com ruído	Com dor
Abertura da boca:	(0)	(1)	(1)	(2)	(1) D (1) E	(1)	(1)
VALORES ESPERADOS: criança = 35 a 50 mm / adulto = 40 a 55 mm							
Fechamento da boca:	(0)	-	-	-	(1) D (1) E	(1)	(1)
Lateralidade à D:	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
Lateralidade à E:	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
VALORES ESPERADOS: criança (6 a 12 anos) = 6 a 10 mm / adulto = 8 a 12 mm							

Observação: _____

6. SENSIBILIDADE [] SOMAR OS PONTOS DE TÁTIL E DE DOR À PALPAÇÃO (melhor resultado = 0 e pior = 65)**Tátil []** SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 55) (usar o estesiômetro)

	Filamento verde	Filamento azul	Filamento violeta	Filamento vermelho escuro	Filamento laranja	Filamento vermelho magenta
Lábios (centro): Superior:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Lábios (centro): Inferior:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Língua: Região anterior:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Língua: Região posterior:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Papila incisiva:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Mento (centro):	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bochechas: Interna D:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bochechas: Interna E:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bochechas: Externa D:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bochechas: Externa E:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Outros locais	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Dor à palpação [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 10)

	Ausente		Presente	
Temporal anterior:	(0) D	(0) E	(0) D	(0) E
Masseter superficial:	(0) D	(0) E	(0) D	(0) E
Trapézio:	(0) D	(0) E	(0) D	(0) E
Esternocleidomastoideo:	(0) D	(0) E	(0) D	(0) E
ATM	(0) D	(0) E	(0) D	(0) E

7. TÔNUS [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 6*)
(realizar observação visual e palpação)

	Normal	Diminuído	Aumentado
Lábio superior:	(0)	(1)	(1)
Lábio inferior:	(0)	(1)	(1)
Mento:	(0)	(1)	(1)
Língua:	(0)	(1)	(1)
Bochecha D:	(0)	(1)	(1)
Bochecha E:	(0)	(1)	(1)

Observação: _____

8. FUNÇÕES OROFACIAS [] SOMAR OS PONTOS DE RESPIRAÇÃO, MASTIGAÇÃO, DEGLUTIÇÃO E FALA
(*melhor resultado = 0 e pior = 123*)

Respiração [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 5*)

Se alterada, a origem é [] funcional [] estrutural [] outra: _____

Tipo: (0) médio/inferior (1) médio/superior (1) outro (descrever):
Modo: (0) nasal (1) oronasal (2) oral
Possibilidade de uso nasal: (0) 2 minutos ou mais (1) entre 1 e 2 minutos (2) menos que 1 minuto
Fluxo nasal: Ao chegar: ☐ semelhante entre as narinas ☐ assimetria leve ☐ assimetria moderada ☐ assimetria acentuada (Usar o espelho) Após limpeza: ☐ semelhante entre as narinas ☐ assimetria leve ☐ assimetria moderada ☐ assimetria acentuada

Observação: _____

Mastigação [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 10*)

Se alterada, a origem é [] funcional [] estrutural [] DTM [] outra: _____

Mastigação habitual (*utilizar sempre o mesmo alimento e analisar por meio de vídeo*)

Incisão: (0) anterior (1) lateral (1) outra:
Trituração: (0) dentes posteriores (1) dentes anteriores (1) com a língua (0) eficiente (1) ineficiente
Número de ciclos: 1ª mordida 2ª mordida 3ª mordida Total (%)
Direita: _____ (%)
Esquerda: _____ (%)
Direita/Esquerda: _____ (%)
TOTAL: _____ (100%)
Padrão mastigatório: (0) unilateral/bilateral alternado (50% - 65%) (1) bilateral simultâneo (> 65%) (0) unilateral preferencial (66% - 75%) (2) unilateral crônico (≥ 75%)
Fechamento labial: (0) sistemático (1) assistemático (2) ausente
Mastigação ruidosa: (0) não (1) sim
Contrações musculares não esperadas: (0) ausentes (1) presentes (descrever):
Ritmo: (0) adequado (1) lento (1) rápido

Observação: _____

Perguntar ao paciente:

Lado preferencial de mastigação: ☐ direito e esquerdo ☐ direito ☐ esquerdo ☐ não sabe
Dor ao mastigar: ☐ ausente ☐ direito ☐ esquerdo
Ruído na ATM: ☐ ausente ☐ direito ☐ esquerdo

Observação: _____

Deglutição [] SOMAR OS PONTOS DAS TRÊS PROVAS (*melhor resultado = 0 e pior = 36*)

Se alterada, a origem é [] funcional [] estrutural [] outra: _____

Deglutição habitual de sólido [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 15*)

Postura dos lábios: (0) fechados (1) parcialmente fechados (2) lábio inferior tocando os dentes superiores (3) abertos
Postura da língua: ☐ não observável (0) atrás dos dentes (1) contra os dentes (2) entre os dentes
Contenção do alimento: (0) adequada (1) parcial (2) inadequada
Contração do orbicular: (0) adequada (1) pouca (2) acentuada
Contração do mental: (0) ausente (1) pouca (2) acentuada
Movimento de cabeça: (0) ausente (1) presente
Ruído: (0) ausente (1) presente
Coordenação: (0) adequada (1) engasgo (2) tosse
Resíduos após deglutir: (0) ausente (1) presente

Observação: _____

Deglutição habitual de líquido (água) [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 8*)

Postura da língua: ☐ não observável (0) atrás dos dentes (1) contra os dentes (2) entre os dentes
Contenção do líquido: (0) adequada (1) inadequada
Volume do líquido: (0) satisfatório (1) aumentado (2) diminuído
Ruído: (0) ausente (1) presente
Ritmo: (0) sequencial (1) gole por gole
Coordenação: (0) adequada (1) engasgo (2) tosse

Observação: _____

Deglutição dirigida (líquido - água) [] SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 13*)

(Solicitar que o paciente coloque água na boca e degluta somente após a ordem)

Postura dos lábios: (0) fechados (1) parcialmente fechados (2) lábio inferior em contato com dentes superiores (3) abertos
Postura da língua: (0) atrás dos dentes (1) contra os dentes (2) entre os dentes
Contenção do líquido: (0) adequada (1) parcial (2) inadequada
Contração do orbicular: (0) adequada (1) pouca (2) acentuada
Contração do mental: (0) ausente (1) pouca (2) acentuada
Movimento de cabeça: (0) ausente (1) presente
Ruído: (0) ausente (1) presente
Coordenação: (0) adequada (1) engasgo (2) tosse

Perguntar ao paciente:

Dificuldade para deglutir: ☐ não ☐ sim (<i>descrever</i>): _____
Posição da língua: ☐ atrás dos dentes superiores ☐ atrás dos dentes inferiores ☐ entre os dentes ☐ não sabe

Observação: _____

Fala [] SOMAR OS PONTOS DAS QUATRO PROVAS (*melhor resultado = 0 e pior = 72*)**Aspecto fonético/fonológico []** SOMAR TODOS OS PONTOS (*melhor resultado = 0 e pior = 30*)

Característica: ☐ Fonológica ☐ Fonética/Fonológica ☐ Fonética: [] funcional [] estrutural [] DTM [] neuromuscular [] outra: _____ (0) ausência (1) presença assistemática (2) presença sistemática
Fala espontânea [] (<i>melhor resultado = 0 e pior = 8</i>) "nome e idade", "falar sobre a escola ou trabalho", "falar sobre uma viagem ou passeio" [] Omissão* [] Substituição* [] Distorção [] Troca do ponto articulatorio [] Projeção da língua
Fala automática [] (<i>melhor resultado = 0 e pior = 8</i>) "contagem de 1 a 20", "dias da semana", "meses do ano" [] Omissão* [] Substituição* [] Distorção [] Troca do ponto articulatorio [] Projeção da língua
Nomeação de figuras ou leitura de palavras [] (<i>melhor resultado = 0 e pior = 8</i>) (<i>usar as figuras do anexo e as palavras correspondentes</i>) [] Omissão* [] Substituição* [] Distorção [] Troca do ponto articulatorio [] Projeção da língua
* Se esperado para a idade, considerar zero (0)
Fones/Fonemas e característica:
No caso de omissão e/ou substituição: ☐ esperado para a idade ☐ não esperado para a idade
No caso de troca de ponto articulatorio: ☐ auditivamente perceptível ☐ visualmente perceptível
No caso de distorção, relaciona-se à: ☐ ausência/pouca vibração do ápice da língua ☐ elevação do dorso ☐ vibração múltipla do ápice da língua ☐ rebaixamento do dorso ☐ língua interdental: [] anterior [] lateral ☐ outra: _____

Prova terapêutica (Solicitar a repetição de sílabas que contenham os fones alterados, utilizando a vogal "e". Observar se, quando o padrão correto é fornecido, a produção articulatória do fone alterado se modifica)

Fone testado	a produção não se altera	a produção melhora	a produção torna-se adequada
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Observação: _____

Aspectos gerais [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 16)

Saliva: (0) deglutida (1) acumulada na comissura direita e/ou esquerda (1) acumulada no lábio inferior (2) espirra (3) baba
Posição da língua na fala: (0) adequada (1) no assoalho (2) interdental (2) posteriorizada (2) ápice baixo e laterais elevadas
Abertura da boca: (0) adequada (1) reduzida (1) aumentada
Movimento da mandíbula: (0) trajetória adequada (1) desvio à direita (1) desvio à esquerda (1) anteriorização
Movimento dos lábios: (0) adequado (1) reduzido (1) exagerado
Movimento da língua: (0) adequado (1) reduzido
Articulação: (0) precisa (1) imprecisão assistemática (2) imprecisão sistemática
Entonação: (0) adequada (1) alterada: _____
Velocidade: (0) adequada (1) aumentada (1) reduzida
Coordenação pneumofonoarticulatória: (0) adequada (1) alterada: _____
Ressonância: (0) equilíbrio oronasal (1) Uso reduzido nasal: ☐ leve ☐ moderado ☐ grave (1) laringofaríngea (1) Uso excessivo nasal: ☐ leve ☐ moderado ☐ grave
Em caso de alteração na precisão, relaciona-se à: ☐ tônus ☐ respiração oronasal ☐ má oclusão ☐ quantidade de saliva ☐ audição ☐ fadiga muscular ☐ uso de prótese ☐ uso de medicação ☐ velocidade de fala ☐ ansiedade/depressão ☐ alteração neurológica ☐ redução da abertura da boca ☐ outros: _____

Coordenação motora na fala [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 8)
(solicitar 10 segundos de emissão rápida e repetida de cada sílaba e da sequência trissilábica)

	Velocidade		Ritmo	
	Adequada	Inadequada	Adequado	Inadequado
[pa]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ta]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ka]	(0)	(1)	(0)	(1)
[pataka]	(0)	(1)	(0)	(1)

Observação: _____

Função velofaríngea [] SOMAR TODOS OS PONTOS (melhor resultado = 0 e pior = 18)
(0) ausente (1) presente

Sopro (o paciente deve manter os lábios protraídos): []
Emissão prolongada (manter a emissão por 4 segundos): [] [i] [] [u] [] [f] [] [s] [] [ʃ]
Repetição de frases: [] Papai pediu pipoca [] A toca é do tatu [] Cacá cortou o cabelo [] A babá beijou o bebê [] O dedo da Dada doeu [] Gugu gosta do gato [] A fita da fada é de filó [] O saci sabe assobiar [] Chico chupa chupeta [] Vovó viu o vestido [] A casa da Zezé é azul [] O jipe é do Juca

Observação: _____

Voz [] (solicitar a emissão sustentada da vogal "a")

Pitch: ☐ adequado ☐ grave ☐ agudo
Loudness: ☐ adequado ☐ forte ☐ fraco
Tipo de voz: ☐ adequado ☐ alterado

Observação: _____

Dados coletados de exames: _____

Exames solicitados (justificativa): _____

Diagnóstico fonoaudiológico: _____

Prognóstico: ☐ favorável ☐ limitado ☐ desfavorável

Plano terapêutico:

Encaminhamento para outros profissionais (justificativa):

RESUMO DO EXAME MIOFUNCIONAL OROFACIAL – MBGR

EXAME EXTRAORAL (melhor resultado = 0 e pior = 30)	[]
Face (melhor resultado = 0 e pior = 15)	[]
Lábios (melhor resultado = 0 e pior = 13)	[]
Masseter (melhor resultado = 0 e pior = 2)	[]
EXAME INTRAORAL (melhor resultado = 0 e pior = 61)	[]
Lábios (melhor resultado = 0 e pior = 5)	[]
Bochechas (melhor resultado = 0 e pior = 8)	[]
Língua (melhor resultado = 0 e pior = 20)	[]
Palato (melhor resultado = 0 e pior = 8)	[]
Tonsilas palatinas (melhor resultado = 0 e pior = 4)	[]
Dentes (melhor resultado = 0 e pior = 5)	[]
Oclusão (melhor resultado = 0 e pior = 11)	[]
MOBILIDADE (melhor resultado = 0 e pior = 68)	[]
Lábios (melhor resultado = 0 e pior = 27)	[]
Língua (melhor resultado = 0 e pior = 24)	[]
Véu palatino (melhor resultado = 0 e pior = 4)	[]
Mandíbula (melhor resultado = 0 e pior = 13)	[]
SENSIBILIDADE (melhor resultado = 0 e pior = 65)	[]
Tátil (melhor resultado = 0 e pior = 55)	[]
Dor à palpação (melhor resultado = 0 e pior = 10)	[]
TÔNUS (melhor resultado = 0 e pior = 6)	[]
Lábios (superior + inferior) (melhor resultado = 0 e pior = 2)	[]
Mento (melhor resultado = 0 e pior = 1)	[]
Língua (melhor resultado = 0 e pior = 1)	[]
Bochechas (direita + esquerda) (melhor resultado = 0 e pior = 2)	[]
FUNÇÕES OROFACIAIS (melhor resultado = 0 e pior = 123)	[]
Respiração (melhor resultado = 0 e pior = 5)	[]
Mastigação (melhor resultado = 0 e pior = 10)	[]
Deglutição (melhor resultado = 0 e pior = 36)	[]
Fala (melhor resultado = 0 e pior = 72)	[]

Fonoaudiólogo: _____ CRF^a: _____

ROTEIRO PARA REGISTRO DE IMAGENS

IMAGENS ESTÁTICAS

Corpo:	☐ frente	☐ costas	☐ perfil direito	☐ perfil esquerdo
Mandíbula:	☐ visão basal			
Face:	☐ perfil direito em repouso	☐ perfil direito sorrindo	☐ frente com correção da postura da cabeça	☐ terço inferior de frente ☐ terço inferior perfil direito
Dentes:	☐ arcada superior	☐ arcada inferior		
Oclusão:	☐ anterior	☐ lado direito	☐ lado esquerdo	
Língua:	☐ em repouso no assoalho da boca	☐ protruída	☐ frênulo	

IMAGENS DINÂMICAS

Mobilidade:	☐ lábios	☐ língua	☐ mandíbula	☐ véu palatino
Mastigação:	☐ habitual	☐ perguntas		
Deglutição habitual:	☐ líquido	☐ sólido	☐ perguntas	
Fala:	☐ espontânea	☐ automática	☐ nomeação de figuras	☐ leitura de palavras
Coordenação motora:	☐ [pa]	☐ [ta]	☐ [ka]	☐ [pataka]

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Página 1 de 2

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo intitulado **Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores** tem por objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do referido protocolo para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural vivenciada pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos. O participante da pesquisa estará colaborando com toda a área fonoaudiológica, especialmente a subárea de motricidade orofacial, tanto no que concerne a prática clínica, como no que diz respeito ao incentivo de pesquisas acadêmico-científicas que, além de tratarem deste assunto, realizam um trabalho interdisciplinar com outras áreas, no caso, a tradução. Além disso, ao participar de um processo de tradução sistematizado, guiado por uma metodologia consagrada, ajudará a promover maior confiabilidade ao protocolo. Os procedimentos deste estudo oferecem riscos mínimos, como a possibilidade de algum cansaço e desconforto ao traduzir, retrotraduzir ou analisar o conteúdo textual do instrumento, devido à sua extensão.

Você está sendo convidado a colaborar com o referido estudo no sentido de:

(a) traduzir o Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores, primeira etapa descrita na metodologia do estudo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do primeiro semestre de 2018.

(b) participar da reunião de síntese das traduções (T1 e T2), segunda etapa deste estudo, em que caberá aos tradutores justificarem as suas escolhas léxico-semânticas e discutirem quais as melhores opções terminológicas para que a equivalência entre os textos traduzidos e o texto original seja alcançada; o objetivo desta reunião será, por tanto, compilar a T1 e a T2 em uma única versão (T12). Esse procedimento deverá ser realizado no Bloco Didático 3 na Faculdade de Odontologia de Bauru, durante um mês dentro do primeiro semestre de 2018, presencialmente ou via videoconferência.

E (c) ser membro da banca de especialistas, quarta etapa descrita na metodologia do estudo, que tem por objetivo verificar a qualidade da tradução do instrumento; nessa etapa, você deverá classificar cada item (trecho) do Protocolo MBGR traduzido para o inglês em: 1 = *item não equivalente*; 2 = *item necessita de grandes alterações*; 3 = *item necessita de pequenas alterações*; e 4 = *item equivalente*, com finalidade de se chegar à versão considerada a versão prévia do protocolo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do segundo semestre de 2018. Posteriormente, você deverá participar presencialmente de uma reunião, a ser realizada no Bloco Didático 3 da Faculdade de Odontologia de Bauru, para discussão dos termos que apresentarem índices de validação de conteúdo negativos. Esse procedimento deverá ser realizado durante um mês dentro do segundo semestre de 2018.

As despesas com cópias, material de papelaria e outros materiais serão cobertas pela pesquisadora responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não há previsão de

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

ressarcimento. Caso você se sinta prejudicado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, haverá indenização.

Você está ciente de ter a garantia de receber respostas a perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. O nome dos participantes, bem como os seus dados pessoais, serão preservados nos resultados ou informações que forem utilizadas para fins de publicação científica.

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com a autora, Nayara Ribeiro da Silva, Rua Joaquim Fidélis, nº 57, Quadra 4, Vila Altinópolis, Bauru - SP, tel. (14)991166416, e em caso de reclamações, poderá se dirigir diretamente ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, sala no prédio da Biblioteca), ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____ após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas se tornaram confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru - SP _____ de _____ de 20_____

Participante da Pesquisa

Nayara Ribeiro da Silva

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 Telefone/FAX (14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo intitulado **Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores** tem por objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do referido protocolo para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural vivenciada pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos. O participante da pesquisa estará colaborando com toda a área fonoaudiológica, especialmente a subárea de motricidade orofacial, tanto no que concerne à prática clínica, como no que diz respeito ao incentivo de pesquisas acadêmico-científicas que, além de tratarem deste assunto, realizam um trabalho interdisciplinar com outras áreas, no caso, a tradução. Além disso, ao participar de um processo de tradução sistematizado, guiado por uma metodologia consagrada, ajudará a promover maior confiabilidade ao protocolo. Os procedimentos deste estudo oferecem riscos mínimos, como a possibilidade de algum cansaço e desconforto ao traduzir, retrotraduzir ou analisar o conteúdo textual do instrumento, devido à sua extensão.

Você está sendo convidado a colaborar com o referido estudo no sentido de:

(a) retrotraduzir o Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores, terceira etapa descrita na metodologia do estudo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do primeiro semestre de 2018.

E (b) ser membro da banca de especialistas, quarta etapa descrita na metodologia do estudo, que tem por objetivo verificar a qualidade da tradução do instrumento; nessa etapa, você deverá classificar cada item (trecho) do Protocolo MBGR traduzido para o inglês em: *1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grandes alterações; 3 = item necessita de pequenas alterações; e 4 = item equivalente*, com finalidade de se chegar à versão considerada a versão prévia do protocolo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do segundo semestre de 2018. Posteriormente, você deverá participar presencialmente de uma reunião, a ser realizada no Bloco Didático 3 da Faculdade de Odontologia de Bauru, para discussão dos termos que apresentarem índices de validação de conteúdo negativos. Esse procedimento deverá ser realizado durante um mês dentro do segundo semestre de 2018.

As despesas com cópias, material de papelaria e outros materiais serão cobertas pela pesquisadora responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não há previsão de ressarcimento. Caso você se sinta prejudicado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, haverá indenização.

Você está ciente de ter a garantia de receber respostas a perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e tem conhecimento de que sua participação é voluntária e de que pode retirar seu consentimento a qualquer momento ou deixar de participar do estudo, sem a necessidade de expor as razões.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Toda informação obtida decorrente desse projeto de pesquisa tem garantia de sigilo da informação em todas as fases da pesquisa. O nome dos participantes, bem como os seus dados pessoais, serão preservados nos resultados ou informações que forem utilizadas para fins de publicação científica.

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com a autora, Nayara Ribeiro da Silva, Rua Joaquim Fidélis, nº 57, Quadra 4, Vila Altinópolis, Bauru - SP, tel. (14)991166416, e em caso de reclamações, poderá se dirigir diretamente ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, sala no prédio da Biblioteca), ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____ após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas se tornaram confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru - SP _____ de _____ de 20 _____

Participante da Pesquisa

Nayara Ribeiro da Silva

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 Telefone/FAX (14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo intitulado **Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores** tem por objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do referido protocolo para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural vivenciada pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos. O participante da pesquisa estará colaborando com toda a área fonoaudiológica, especialmente a subárea de motricidade orofacial, tanto no que concerne a prática clínica, como no que diz respeito ao incentivo de pesquisas acadêmico-científicas que, além de tratarem deste assunto, realizam um trabalho interdisciplinar com outras áreas, no caso, a tradução. Além disso, ao participar de um processo de tradução sistematizado, guiado por uma metodologia consagrada, ajudará a promover maior confiabilidade ao protocolo. Os procedimentos deste estudo oferecem riscos mínimos, como a possibilidade de algum cansaço e desconforto ao traduzir, retrotraduzir ou analisar o conteúdo textual do instrumento, devido à sua extensão.

Você está sendo convidado a colaborar com o referido estudo no sentido de:

(a) mediar o processo de síntese das traduções (T1 e T2), segunda etapa descrita na metodologia do estudo, desempenhando a função do Perito em Letras. Esse procedimento deverá ser realizado no Bloco Didático 3 na Faculdade de Odontologia de Bauru, durante um mês dentro do primeiro semestre de 2018, presencialmente ou via videoconferência.

E (b) ser membro da banca de especialistas, quarta etapa descrita na metodologia do estudo, que tem por objetivo verificar a qualidade da tradução do instrumento; nessa etapa, você deverá classificar cada item (trecho) do Protocolo MBGR traduzido para o inglês em: *1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grandes alterações; 3 = item necessita de pequenas alterações; e 4 = item equivalente*, com finalidade de se chegar à versão considerada a versão prévia do protocolo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do segundo semestre de 2018. Posteriormente, você deverá participar presencialmente de uma reunião, a ser realizada no Bloco Didático 3 da Faculdade de Odontologia de Bauru, para discussão dos termos que apresentarem índices de validação de conteúdo negativos. Esse procedimento deverá ser realizado durante um mês dentro do segundo semestre de 2018.

As despesas com cópias, material de papelaria e outros materiais serão cobertas pela pesquisadora responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não há previsão de ressarcimento. Caso você se sinta prejudicado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, haverá indenização.

Você está ciente de ter a garantia de receber respostas a perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. O nome dos participantes, bem como os seus dados pessoais, serão preservados nos resultados ou informações que forem utilizadas para fins de publicação científica.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com a autora, Nayara Ribeiro da Silva, Rua Joaquim Fidélis, nº 57, Quadra 4, Vila Altinópolis, Bauru - SP, tel. (14)991166416, e em caso de reclamações, poderá se dirigir diretamente ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, sala no prédio da Biblioteca), ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____ após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas se tornaram confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru - SP _____ de _____ de 20 _____

Participante da Pesquisa

Nayara Ribeiro da Silva

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 Telefone/FAX (14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo intitulado **Tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial MBGR com Escores** tem por objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do referido protocolo para a língua inglesa de acordo com a realidade linguística e cultural vivenciada pelos profissionais fonoaudiólogos norte-americanos. O participante da pesquisa estará colaborando com toda a área fonoaudiológica, especialmente a subárea de motricidade orofacial, tanto no que concerne a prática clínica, como no que diz respeito ao incentivo de pesquisas acadêmico-científicas que, além de tratarem deste assunto, realizam um trabalho interdisciplinar com outras áreas, no caso, a tradução. Além disso, ao participar de um processo de tradução sistematizado, guiado por uma metodologia consagrada, ajudará a promover maior confiabilidade ao protocolo. Os procedimentos deste estudo oferecem riscos mínimos, como a possibilidade de algum cansaço e desconforto ao traduzir, retrotraduzir ou analisar o conteúdo textual do instrumento, devido à sua extensão.

Você está sendo convidado a colaborar com o referido estudo no sentido de:

(a) ser membro da banca de especialistas, quarta etapa descrita na metodologia do estudo, que tem por objetivo verificar a qualidade da tradução do instrumento. Nessa etapa, você deverá classificar cada item (trecho) do Protocolo MBGR traduzido para o inglês em: *1 = item não equivalente; 2 = item necessita de grandes alterações; 3 = item necessita de pequenas alterações; e 4 = item equivalente*, com finalidade de se chegar à versão considerada a versão prévia do protocolo. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante um mês dentro do segundo semestre de 2018. Posteriormente, você deverá participar presencialmente de uma reunião, a ser realizada no Bloco Didático 3 da Faculdade de Odontologia de Bauru, para discussão dos termos que apresentarem índices de validação de conteúdo negativos. Esse procedimento deverá ser realizado durante um mês dentro do segundo semestre de 2018.

As despesas com cópias, material de papelaria e outros materiais serão cobertas pela pesquisadora responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não há previsão de ressarcimento. Caso você se sinta prejudicado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, haverá indenização.

Você está ciente de ter a garantia de receber respostas a perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. O nome dos participantes, bem como os seus dados pessoais, serão preservados nos resultados ou informações que forem utilizadas para fins de publicação científica.

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com a autora, Nayara Ribeiro da Silva, Rua Joaquim Fidélis, nº 57, Quadra 4, Vila Altinópolis, Bauru - SP, tel. (14)991166416, e em caso de

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

reclamações, poderá se dirigir diretamente ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, sala no prédio da Biblioteca), ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade _____ após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas se tornaram confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru - SP _____ de _____ de 20 _____

Participante da Pesquisa

Nayara Ribeiro da Silva

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento: Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901 Telefone/FAX (14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – *Informed Consent Form.*

Page 1 of 2

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

INFORMED CONSENT FORM

The study **Translation and cross-cultural adaptation of the MBGR Orofacial Myology Assessment Protocol with Scores into the English language** aims to perform the translation and cross-cultural adaptation of the MBGR Protocol with Scores into the English language according to the linguistic and cultural context experienced by North American Speech-Language Pathologists. By participating in this research, you will collaborate with speech-language pathologists, especially with those who specialize in Motor speech disorder, both in terms of clinical practice and encouragement of interdisciplinary academic-scientific research. In addition, by helping to perform a proper translation, guided by an appropriate methodology, you will help to promote greater reliability of the protocol. The procedures of this research offer minimal risks, such as the possibility of tiredness or discomfort when translating, back-translating or analyzing the textual content of the instrument, due to its length.

You are being invited to evaluate the MBGR Protocol translation into English with the purpose of verifying its quality and clarity. To do so, you should:

- Read the entire protocol searching for misunderstandings;
- Highlight the words that do not make sense to you at all;
- Also highlight the words that make sense to you BUT sound weird or unusual and for which you can think of a better option;
- For each highlighted word you should write a comment explaining why you have highlighted it.

This procedure can be performed anywhere you wish, on your computer, whenever it may be convenient for you, during one month within the second half of 2018.

Expenses for copies, paper, office supplies and other materials will be paid by the researcher, thus, there will be no expenses incurred by the participants. Therefore, there will be no reimbursement. If you feel prejudiced against any damages resulting from the research, there will be no compensation.

If you have any questions about procedures, risks, benefits and other topics related to this research, you are guaranteed of receiving answers or explanations. The name of the participant, as well as their personal data, will be preserved in the study database but not used for scientific publication purposes.

In any case of questions, you may ask the author **Nayara Ribeiro da Silva**, e-mail address **nayararibeiro@usp.br**, residential address (4-57, Joaquim Fidélis St., Vila Altinópolis, postal code 17012180, Bauru - São Paulo - Brazil, phone +55 14 991166416). For complaints you may contact the Bauru School of Dentistry Institutional Review Board (9-75, Dr. Octávio Pinheiro Brisolla Av., Vila Universitária, postal code 17012-901, Bauru - São Paulo - Brazil, phone +55 14 32358356).

By this instrument that complies with legal demands, Mr./Mrs. _____, ID number _____, after reading carefully the information presented in this **INFORMED CONSENT FORM**, duly explained by professionals, aware of services and procedures to which you may be submitted, not having any doubt about what was read and explained, certify your **INFORMED CONSENT** agreeing to participate in the

proposed research.

It is clear that the participant of the research or his/her legal representative may, at any time, resign this **INFORMED CONSENT FORM** and stop participating in this research; and you are aware that all given information is confidential and kept by professional secrecy (Art. 29º Speech- Language Pathology and Audiology Code of Ethics).

Finally, as the researcher responsible for this research, I **DECLARE** the compliance with the resolution CNS 466 of 2012, presented in the items IV 3, item IV.5.a, and in full with the resolution CNS 466 of December, 2012. As we agree with this consent, it should be signed in two counterparts, equally valid (one for the researcher and the other one for the participant) which will be initialed in every page, and signed at the end, as required by the Resolution CNS 466 of 2012, items IV.3.f and IV.5.d.

By agreement, sign this term.

Tampa - FL/USA - ____ / ____ / 20 ____.

Participant of the research

Nayara Ribeiro da Silva
(researcher)

The Bauru School of Dentistry Institutional Review Board, organized and created by Bauru School of Dentistry - University of Sao Paulo, on the 29th of June, 1998, (Ordinance GD/0698/FOB), as in the item VII of Resolution 466/12 of the National Health Council (published on the Union Official Diary of 06/13/2013), is an interdisciplinary and independent group of public relevance, of an advisory, deliberative and educational nature, created to protect the interests of all research participants in their integrity and dignity, and to contribute to the research development according to ethical standards.

Reports on your participation in this research may be filled at Bauru School of Dentistry Institutional Review Board:

Local and opening hours: Bauru School of Dentistry Institutional Review Board (9-75, Dr. Octávio Pinheiro Brisolla Av., Vila Universitária, postal code 17012-901, Bauru - São Paulo - Brazil, phone +55 14 32358356, e-mail: cep@fob.usp.br, Post- Graduation Building - Block E - second floor) from Mondays to Fridays, 1h30pm to 5pm, on business days

APÊNDICE C – MBGR Protocol - Orofacial Myofunctional Clinical History and Orofacial Myofunctional Clinical Examination with Scores.

MBGR PROTOCOL
OROFACIAL MYOFUNCTIONAL CLINICAL HISTORY
Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Name: _____ MRN: _____
Date of examination: ____/____/____ Age: _____ DOB: ____/____/____
Relationship to individual completing form: ☐ Self ☐ Parent ☐ Caregiver ☐ Other: _____

Educational background:
Highest level of education: _____
Employment: () Employed Job Title: _____ () Unemployed () Retired
Previous work experience: () yes () no
Physical activity: () yes () no Describe: _____

Address 1: _____
Address 2: _____
City/State: _____ **ZIP Code:** _____
Phone numbers: Home: _____ Work: _____ Cellular: _____
Email: _____
Father's Name: _____ **Mother's Name:** _____
Siblings: () no () yes How many: _____

Who referred you for Speech-Language Therapy? (name, specialty, phone number): _____

Main concern: _____

Other related concerns: (0) no (1) sometimes (2) yes

() lips	() tongue	() sucking	() chewing	() swallowing
() breathing	() speech	() tongue frenulum	() voice	() hearing
() learning	() facial appearance	() posture	() occlusion	() headache
() TMJ noise	() TMJ pain	() neck pain	() shoulder pain	
() difficulty opening the mouth	() difficulty moving the mandible side to side			

Family history of relevant conditions

☐ no ☐ yes Describe: _____

Complications

During mother's pregnancy: ☐ no ☐ yes Describe: _____
At birth: ☐ no ☐ yes Describe: _____

Motor development

Sitting: ☐ normal ☐ delayed Age: _____
Walking: ☐ normal ☐ delayed Age: _____

Motor difficulty in: (0) no (1) sometimes (2) yes

() riding a bicycle () running () tying shoes () getting dressed () buttoning clothes () others: _____

Health conditions

	Describe:	Treatment	Medication
Neurological: ☐ no ☐ yes			
Orthopedic: ☐ no ☐ yes			
Metabolic: ☐ no ☐ yes			
Digestive: ☐ no ☐ yes			
Hormonal: ☐ no ☐ yes			

Other problems: _____

Breathing problems

	Frequency	Treatment	Medication
Frequent colds*:	☐ no ☐ yes		
Throat problems:	☐ no ☐ yes		
Tonsillitis:	☐ no ☐ yes		
Halitosis:	☐ no ☐ yes		
Asthma:	☐ no ☐ yes		
Bronchitis:	☐ no ☐ yes		
Pneumonia:	☐ no ☐ yes		
Rhinitis:	☐ no ☐ yes		
Sinusitis:	☐ no ☐ yes		
Nasal obstruction:	☐ no ☐ yes		
Nasal itching:	☐ no ☐ yes		
Coryza (nasal inflammation):	☐ no ☐ yes		
Repeated sneezing:	☐ no ☐ yes		

*frequent colds (infection of upper airway): up to 5 years of age - over 12 episodes/year
between 6 and 12 years of age - over 6 episodes/year

Other problems: _____

Sleep

Restless:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Disrupted:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Heavy snoring:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Light snoring:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Sialorrhea (hyper salivation):	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Apnea:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Water intake at night:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Mouth open during sleep:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Mouth dry upon waking:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Facial pain upon waking:	☐ no ☐ yes	☐ sometimes
Hand resting under the face:	☐ no ☐ yes: [] R [] L	☐ sometimes
Posture:	☐ side ☐ supine	☐ prone

Other problems: _____

Treatments

	Reason	Professional
Speech-language therapy:	☐ no ☐ in the past ☐ currently	
Medical:	☐ no ☐ in the past ☐ currently	
Psychological:	☐ no ☐ in the past ☐ currently	
Physical therapy:	☐ no ☐ in the past ☐ currently	
Dental:	☐ no ☐ in the past ☐ currently	
procedure: [] extraction [] prosthesis [] implant	[] fixed orthodontic appliances	[] removable orthodontic appliances
Surgical:	☐ no ☐ yes Describe:	When:

Other treatments: _____

Infant feeding

Breast:	☐ no ☐ yes	For how long:
Bottle:	☐ no ☐ yes	For how long:

Diet – Any challenges introducing:

Cup:	☐ no ☐ yes (describe):
Flavors:	☐ no ☐ yes (describe):
Consistencies:	☐ no ☐ yes (describe):

Current diet

	Describe		
Fruits:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Greens:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Vegetables:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Cereals (rice, corns, oats):	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Grains (beans, lentils, peas):	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Meats:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Dairy:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Sweets:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes

In general, the patient's diet mostly consists of:

☐ liquids	☐ purees	☐ solids
----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Most of the time, how and where does the patient eat:

While reading:	☐ at the table	☐ on the sofa	☐ on the floor	☐ in bed
While watching TV:	☐ at the table	☐ on the sofa	☐ on the floor	☐ in bed
While doing homework:	☐ at the table	☐ on the sofa	☐ on the floor	☐ in bed
While using the computer:	☐ at the table	☐ on the sofa	☐ on the floor	☐ in bed
No other activity:	☐ at the table	☐ on the sofa	☐ on the floor	☐ in bed

Chewing

Side:	☐ bilateral	☐ unilateral [] R [] L
Lips:	☐ closed	☐ parted ☐ opened
Noise:	☐ no	☐ yes ☐ sometimes
Ingestion of liquids during meals:	☐ no	☐ yes ☐ sometimes
Pain or discomfort while chewing:	☐ no	☐ yes [] R [] L ☐ sometimes
TMJ noise:	☐ no	☐ yes [] R [] L ☐ sometimes
Difficulty chewing:	☐ no	☐ yes Describe:
Escape of food while chewing:	☐ no	☐ yes

Other problems: _____

Chewing of food

☐ normal	☐ reduced	☐ prolonged
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Chewing speed

	similar	faster	slower
Compared to family:	☐	☐	☐
Compared to friends:	☐	☐	☐

Chewing capacity (degree of patients' satisfaction in relation to their chewing)

☐ great	☐ good	☐ regular	☐ bad	☐ terrible
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Swallowing

Difficulty:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Noise:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Choking:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Odynophagia (pain when swallowing):	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Nasal reflux:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Drooling:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Phlegm:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Coughing:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Residues after swallowing:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes

Other problems: _____

Oral habits

Pacifier:	☐ no	☐ yes	For how long:	☐ common	☐ orthodontic
Sucking of finger/thumb:	☐ no	☐ yes	For how long:		
Sucking of the tongue:	☐ no	☐ yes	For how long:		
Moistening of lips:	☐ no	☐ yes	Age:		
Smoking:	☐ no	☐ yes	How many cigarettes/day:		

Outros hábitos: _____

Biting habits

Bruxism (grinding teeth):	☐ no	☐ yes	☐ during the day	☐ during the night
Clenching teeth:	☐ no	☐ yes	When:	
Onychophagy (nail biting):	☐ no	☐ yes	When:	
Biting oral mucosa:	☐ no	☐ yes	When:	
Biting objects:	☐ no	☐ yes	Describe:	When:

Outros hábitos: _____

Posture habits

Interposition of the lower lip:	☐ no	☐ yes		
Protrusion of the mandible:	☐ no	☐ yes		
Resting mandible on hand:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L
Resting head on hand:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L
Excessive use of computer:	☐ no	☐ yes	Posture:	
Excessive use of cellular:	☐ no	☐ yes	Posture:	

Outros hábitos: _____

Speech

Omission:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Substitution:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Impaired intelligibility:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Impaired intelligibility on the phone:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Excessive salivation:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Decreased range of mandibular movement:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Interposition of the tongue:	☐ no	☐ yes [] anterior [] lateral	Describe:

Other problems: _____

Communication

Delayed social interaction:	☐ no	☐ yes
Delayed babble as a baby:	☐ no	☐ yes
Delayed speech:	☐ no	☐ yes
Delayed language:	☐ no	☐ yes
Difficulty comprehending:	☐ no	☐ yes

Other problems: _____

Hearing

Hearing loss:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L	☐ sometimes
Otitis media:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L	☐ sometimes
Tinnitus:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L	☐ sometimes
Earache:	☐ no	☐ yes	☐ R	☐ L	☐ sometimes
Dizziness/Vertigo:	☐ no	☐ yes			☐ sometimes
Previous hearing test:	☐ no	☐ yes	When:		

Other problems: _____

Voice

Hoarseness:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Hypophonia:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Hypernasality:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Hyponasality:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Aphonia:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Vocal abuse:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Pain:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Burning:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes

Other problems: _____

Education

Learning difficulty:	☐ no	☐ yes	Explain:
Lack of attention/concentration:	☐ no	☐ yes	☐ sometimes
Memory difficulty:	☐ no	☐ yes	
Grade retentions:	☐ no	☐ yes	How many:
Difficulty with relationships:	☐ no	☐ yes	
Handedness:	☐ right handed	☐ left handed	☐ ambidextrous

Other difficulties: _____

Additional information: _____

Speech-Language Pathologist: _____

MBGR PROTOCOL OROFACIAL MYOFUNCTIONAL CLINICAL EXAMINATION WITH SCORES

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Name: _____ MRN: _____

Date of examination: ____/____/____ Age: _____ DOB: ____/____/____

Weight: _____ lb. Height: _____ ft. _____ in.

1. BODY POSTURE *(observe the patient standing barefoot)*

Head [flexion and extension = yes] [rotation = no] [inclination = maybe]

Frontal:	() normal	() rotation R	() rotation L	() inclination R	() inclination L
Lateral:	() normal	() forward head posture (FHP)	() flexion	() extension	

Shoulders

Frontal:	() normal	() elevated R	() elevated L
Lateral:	() normal	() rounded shoulders	

Observation: _____

2. MEASUREMENTS OF FACE, MANDIBULAR MOVEMENTS, AND OCCLUSION

Face *(take each measurement 3 times with caliper, and calculate the average - the patient must keep lips together)*

	1 st meas. (in)	2 nd meas. (in)	3 rd meas. (in)	average (in)
middle third of the face <i>(glabella to subnasal)</i>				
lower third of the face <i>(subnasal to gnathion)</i>				
length of the face - L <i>(glabella to gnathion) (sum of middle and lower thirds)</i>				
width of the face - W <i>(prominences of the zygomatic arches - this measurement will be more accurate with a spreading caliper with an extension of at least 4 inches)</i>				
outer corner of the right eye to the right commissure of the lip				
outer corner of the left eye to the left commissure of the lip				
upper lip <i>(subnasal to the lowest point of the upper lip)</i>				
lower lip <i>(from the uppermost point of the lower lip to the gnathion)</i>				

Mandibular movements and occlusion *(use caliper and pencil, take each measurement 3 times, and calculate the average)*

	1 st meas. (in)	2 nd meas. (in)	3 rd meas. (in)	average (in)
overbite – (OB) <i>(with the teeth in occlusion, mark the incisal edge of the upper incisors on the vestibular of the lower incisors and measure the distance from the marking to the incisal edge of the inferior incisors; in the open bite, measure the distance between the incisal edges of the upper and lower incisor teeth on the vertical plane, and the result will be negative)</i>				
overjet – (OJ) <i>(measure the distance between the incisal edges of the upper and lower incisors on the horizontal plane)</i>				
right mandibular laterality <i>(mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the right, and measure the distance between the marking and the superior midline)</i>				
left mandibular laterality <i>(mark the dental midline of the superior arch on the inferior arch, move the mandible to the left, and measure the distance between the mark and the superior midline)</i>				
maximum active interincisinal distance – (MAID) <i>(from the central or lateral superior incisor to the inferior incisor with the maximum opening of the mouth)</i>				
opening of the mouth (MAID + OB)				
(MAID) with the tongue tip touching the incisive papilla (MAIDTP)				
calculate: $\frac{\text{MAIDTP} \times 100}{\text{MAID}}$				

3. EXTRAORAL EXAMINATION [] ADD SCORES FOR FACE, LIPS, AND MASSETER (*best result = 0; worst result = 30*)

Face [] ADD SCORES FOR FRONTAL AND LATERAL VIEWS (*best result = 0; worst result = 15*)
(*observe the patient standing barefoot*)

Frontal view [] ADD SCORES FOR NUMERICAL AND SUBJECTIVE FACIAL ANALYSIS (*best result = 0; worst result = 13*)

Numerical facial analysis [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 3*)

Facial type	compare length (L) with width (W): (0) average (L similar to W) (1) long (L > W) (1) short (W > L)
Facial proportion	compare middle third with lower third: (0) similar (1) lower third larger (1) lower third smaller
	compare the R & L distance from outer corner of eye to lip commissure: (0) similar (1) asymmetrical

Subjective facial analysis [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 10*)

	Symmetrical	Asymmetrical	Describe
Infraorbital plane	(0)	(1)	
Zygomatic arches	(0)	(1)	
Nasal alae	(0)	(1)	
Cheeks	(0)	(1)	
Nasolabial sulci	(0)	(1)	
Upper lip	(0)	(1)	
Commissure of the lips	(0)	(1)	
Lower lip	(0)	(1)	
Chin	(0)	(1)	
Mandible (body and ramus)	(0)	(1)	

Lateral view [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 2*)

Pattern:	(0) pattern I (straight) (1) pattern II (convex) (1) pattern III (concave)
Nasolabial angle:	(0) near 90° - 110° (1) acute (< 90°) (1) obtuse (> 110°)

Observation: _____

Lips [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 13*)

Resting posture:	(0) closed (2) parted	(1) closed with tension (2) closed with dental contact	(2) sometimes opened/closed (3) opened
Shape:	- Upper: (0) normal (1 st cupid's bow) - Lower: (0) normal	(1) seagull's wing (1 st and 2 nd cupid's bows) (1) with mild eversion	(2) with accentuated eversion
Length of the upper lip:	(0) covers 2/3 of incisors (0) 1/2 of lower's measurement	(1) covers more than 2/3 of incisors (1) more than 1/2 of lower's measurement	(1) covers less than 2/3 of incisors (2) less than 1/2 of lower's measurement
External mucosa:	(0) normal (1) moist	(1) dry	(2) lesioned

Observation: _____

Masseter [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 2*) (*assess via visual observation and palpation*)

At rest:	(0) relaxed (1) contracted (clenched teeth)
Recruitment in isometric contraction:	(0) simultaneous (1) first R side (1) first L side

Observation: _____

4. INTRAORAL EXAMINATION [] ADD SCORES FOR LIPS, CHEEKS, TONGUE, PALATE, PALATINE TONSILS, TEETH, AND OCCLUSION (*best result = 0; worst result = 61*)

Lips [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 5*)

Buccal mucosa:	(0) normal (1) tooth-marked (2) lesioned
Upper frenulum:	attachment to the alveolar ridge: (0) adequate (1) low
	thickness: (0) adequate (1) altered (describe):

Observation: _____

Cheeks [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 8*)

Mucosa:	(0) normal (1) marked by orthodontic appliances R (1) linea alba R (white line on the buccal mucosa) (2) lesioned R
	(1) marked by orthodontic appliances L (1) linea alba L (white line on the buccal mucosa) (2) lesioned L

Observation: _____

Tongue [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 20*)

Habitual posture:	☐ not observable	(1) on the floor of the mouth	(1) low tip and high back	(1) interdental:
Symmetry:	(0) yes	(1) no (describe):		
Width:	(0) adequate	(1) reduced	(2) increased	
Length:	(0) adequate	(1) increased		
Mucosa:	(0) normal	(1) geographical	(1) fissured	(2) lesioned (region):
	(1) tooth-marked (region):	(1) marked by orthodontic appliances (region):		
	attached to the floor of the mouth:	(0) between the sublingual folds	(1) on the alveolar crest	
	attached to the tongue:	(0) on the middle part	(1) before the middle part	(2) at the tongue tip
Frenulum:	shape of the tongue tip while raising the tongue:	(0) rounded	(1) square or rectangular	(1) slight crevice at tongue tip
		(2) heart shaped	(3) does not elevate	
	other characteristics:	(0) none	(1) submersed	(1) thick (1) fibrous

Observation: _____

Palate [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 8*)

Hard:	Depth: (0) adequate	(1) reduced (low)	(2) increased (high)
	Width: (0) adequate	(1) increased (wide)	(2) reduced (narrowed)
Soft palate:	Symmetry: (0) present	(1) absent (describe):	
	Extension: (0) adequate	(1) long	(2) short
Uvula:	(0) adequate (1) altered (describe):		

Observation: _____

Palatine tonsils [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 4*)

Presence:	☐ present	☐ removed	☐ not observable
Size:	(0) adequate	(1) hypertrophy R	(1) hypertrophy L
Color:	(0) adequate	(1) hyperemia R	(1) hyperemia L

Observation: _____

Teeth [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 5*)

Dentition:	☐ deciduous	☐ mixed	☐ permanent
Number of teeth:	upper R:	upper L:	lower R: lower L:
Dental defects:	(0) absent (1) present (elements):		
Oral health:	Teeth: (0) good	(1) regular	(2) poor
	Gums: (0) good	(1) regular	(2) poor
Use of prosthesis:	☐ no	☐ removable	☐ fixed ☐ partial ☐ full

Observation: _____

Occlusion [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 11*)

Midline:	(0) adequate	(1) deviated R	(1) deviated L
Angle's Classification:	R side: (0) Class I	(1) Class II div. 1 st	(1) Class II div. 2 nd (1) Class III
	L side: (0) Class I	(1) Class II div. 1 st	(1) Class II div. 2 nd (1) Class III
Lateral guidance:	(0) present	(1) absent R	(1) absent L
Horizontal relation:	(0) adequate [OJ between 0.03 and 0.11 in]	(1) excessive overjet [OJ > 0.11 in]	
	(1) edge to edge [OJ = 0 in]	(1) anterior crossbite [OJ < 0 in]	
Vertical relation:	(0) adequate [OB between 0.03 and 0.11 in]	(1) excessive overbite [OB > 0.11 in]	(1) posterior open bite R
	(1) edge to edge [OB = 0 in]	(1) anterior open bite [OB < 0 in]	(1) posterior open bite L
Transversal relation:	(0) adequate	(1) posterior crossbite R	(1) posterior crossbite L
Use of orthodontic appliances:	☐ no	☐ removable	☐ fixed

Observation: _____

5. MOBILITY [] ADD SCORES FOR LIPS, TONGUE, SOFT PALATE, AND MANDIBLE (*best result = 0; worst result = 68*)

Lips [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 27*) (*the patient must keep teeth occluded*)

	Adequate	Minor alteration	Significant alteration	Absent
Protrusion of closed lips*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Retraction of closed lips*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protrusion of opened lips*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Retraction of opened lips*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protrusion of closed lips to the R*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protrusion of closed lips to the L*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Protrusion of closed lips and alternation to the L and R*:	(0)	(1)	(2)	(3)
Popping of protracted lips:	(0)	(1)	(2)	(3)
Popping of retracted lips:	(0)	(1)	(2)	(3)

Observation: _____

Tongue [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 24*)

	Adequate	Minor alteration	Significant alteration	Absent
Protrusion of the tongue:	(0)	(1)	(2)	(3)
Touch of the tongue tip sequentially the at R and L commissures and the U and L lips:	(0)	(1)	(2)	(3)
Touch of the tongue tip on the incisive papilla:	(0)	(1)	(2)	(3)
Touch of the tongue tip on the R cheek:	(0)	(1)	(2)	(3)
Touch of the tongue tip on the L cheek:	(0)	(1)	(2)	(3)
Click of the tongue tip:	(0)	(1)	(2)	(3)
Sucking of the tongue on the palate:	(0)	(1)	(2)	(3)
Tongue trill:	(0)	(1)	(2)	(3)

Observation: _____

Soft palate [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 4*)

	Adequate		Reduced		Absent	
Sound production of "ah" repeatedly:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L	(2) R	(2) L

Observation: _____

Mandible [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 13*)

	Adequate	Reduced	Increased	Unable to perform	With deviation	With noise	With pain
Opening of the mouth:	(0)	(1)	(1)	(2)	(1) R (1) L	(1)	(1)
EXPECTED VALUES: child = 1.37 in. to 1.96 in. / adult = 1.57 in. to 2.16 in.							
Closing of the mouth:	(0)	-	-	-	(1) R (1) L	(1)	(1)
Right laterality:	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
Left laterality:	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
EXPECTED VALUES: child (6 to 12 years) = 0.23 in. to 0.39 in. / adult = 0.31 in. to 0.47 in.							

Observation: _____

6. SENSITIVITY [] ADD SCORES FOR TACTILE AND PAIN ON PALPATION (*best result = 0; worst result = 65*)

Tactile [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 55*) (*use the esthesiometer*)

	green filament	blue filament	violet filament	dark red filament	orange filament	magenta filament
Lips (<i>center</i>):						
upper:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
lower:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tongue:						
anterior region:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
posterior region:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Incisive papilla:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Chin (<i>center</i>):	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cheeks:						
internal R:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
internal L:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
external R:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
external L:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Other regions:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Pain on palpation [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 10*)

	Absent		Present	
Anterior temporal:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L
Superficial masseter:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L
Trapezius:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L
Sternocleidomastoid:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L
TMJ:	(0) R	(0) L	(1) R	(1) L

7. TONE [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 6*) (*perform visual observation and palpation*)

	Normal	Reduced	Increased
Upper lip:	(0)	(1)	(1)
Lower lip:	(0)	(1)	(1)
Chin:	(0)	(1)	(1)
Tongue:	(0)	(1)	(1)
Right cheek:	(0)	(1)	(1)
Left cheek:	(0)	(1)	(1)

Observation: _____

8. OROFACIAL FUNCTIONS [] ADD SCORES FOR BREATHING, CHEWING, SWALLOWING, AND SPEECH
(*best result = 0; worst result = 123*)**Breathing []** ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 5*)

If altered, the origin is [] functional [] structural [] other: _____

Type:	(0) middle/low	(1) middle/high	(1) other (describe):
Mode:	(0) nasal	(1) oronasal	(2) oral
Nasal breathing:	(0) 2 minutes or more	(1) between 1 and 2 minutes	(2) less than 1 minute
Nasal flow:	upon arrival: ☐ similar between nostrils ☐ slight asymmetry ☐ moderate asymmetry ☐ significant asymmetry (use a mirror) after cleaning: ☐ similar between nostrils ☐ slight asymmetry ☐ moderate asymmetry ☐ significant asymmetry		

Observation: _____

Chewing [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 10*)

If altered, the origin is [] functional [] structural [] TMD [] other: _____

Habitual chewing (*always use the same food and analyze by video*)

Incision:	(0) anterior	(1) lateral	(1) other:		
Chewing:	(0) posterior teeth	(1) anterior teeth	(1) with the tongue		
	(0) efficient	(1) inefficient			
Number of cycles:	1st bite	2nd bite	3rd bite	Total	(%)
Right:	_____	_____	_____	_____	(%)
Left:	_____	_____	_____	_____	(%)
Right/Left:	_____	_____	_____	_____	(%)
TOTAL:	_____	_____	_____	_____	(100%)
Chewing pattern:	(0) unilateral/bilateral alternated (50% - 65%) (0) unilateral preferential (66% - 75%):			(1) bilateral simultaneous (> 65%) (2) unilateral chronic (≥ 75%):	
Closing of the lips:	(0) systematic	(1) unsystematic	(2) absent		
Noisy chewing:	(0) no	(1) yes			
Unexpected muscular contractions:	(0) absent		(1) present (describe):		
Rhythm:	(0) adequate	(1) slow	(1) fast		

Observation: _____

Patient responses

Preferred side to chew:	☐ right and left	☐ right	☐ left	☐ does not know
Cheewing pain:	☐ absent	☐ right	☐ left	
TMJ noise:	☐ absent	☐ right	☐ left	

Observation: _____

Swallowing [] ADD SCORES FOR THE THREE TESTS (*best result = 0; worst result = 36*)

If altered, the origin is [] functional [] structural [] other: _____

Habitual swallowing of solids [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 15*)

Posture of the lip: (0) closed (1) partially closed (1) lower lip touching upper teeth (2) opened
Posture of the tongue: ☐ not observable (0) behind the teeth (1) against the teeth (2) between the teeth
Containment of food: (0) adequate (1) partial (2) inadequate
Contraction of the orbicularis: (0) adequate (1) little (2) accentuated
Contraction of the mentalis: (0) absent (1) little (2) accentuated
Movement of the head: (0) absent (1) present
Noise: (0) absent (1) present
Coordination: (0) normal/WNL (1) choking (1) coughing
Residues after swallowing: (0) absent (1) present

Observation: _____

Habitual swallowing of liquid (water) [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 8*)

Posture of the tongue: ☐ not observable (0) behind the teeth (1) against the teeth (2) between the teeth
Containment of liquid: (0) adequate (1) inadequate
Volume of liquid: (0) satisfactory (1) increased (1) reduced
Noise: (0) absent (1) present
Rhythm: (0) sequential (1) sip by sip
Coordination: (0) normal/WNL (1) choking (1) coughing

Observation: _____

Directed swallowing (liquid - water) [] ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 13*) (*request that the patient put water in the mouth and swallow it only after the evaluator's command*)

Posture of the lip: (0) closed (1) partially closed (1) lower lip in contact with upper teeth (2) opened
Posture of the tongue: (0) behind the teeth (1) against the teeth (2) between the teeth
Containment of liquid: (0) adequate (1) partial (1) inadequate
Contraction of the orbicularis: (0) adequate (1) little (2) accentuated
Contraction of the mentalis: (0) absent (1) little (2) accentuated
Movement of the head: (0) absent (1) present
Noise: (0) absent (1) present
Coordination: (0) normal/WNL (1) choking (1) coughing

Patient responses

Difficulty swallowing: ☐ no ☐ yes (describe): _____
Position of the tongue: ☐ behind the upper teeth ☐ behind the lower teeth ☐ between the teeth ☐ does not know

Observation: _____

Speech [] ADD SCORES FOR THE FOUR TESTS (*best result = 0; worst result = 72*)**Phonetic/phonological aspect []** ADD ALL SCORES (*best result = 0; worst result = 30*)Characteristics: ☐ Phonological ☐ Phonetic/Phonological☐ Phonetic: [] functional [] structural [] TMD [] neuromuscular [] other: _____

(0) absence (1) unsystematic presence (2) systematic presence

Spontaneous speech [] (<i>best result = 0; worst result = 8</i>) "tell me your name and age" "talk about your studies/work"	
[] Omission *	[] Substitution * [] Distortion [] Change in place of articulation [] Projection of the tongue
Automatic speech [] (<i>best result = 0; worst result = 8</i>) "count 1 to 20" "days of the week" "months of the year"	
[] Omission *	[] Substitution * [] Distortion [] Change in place of articulation [] Projection of the tongue
Naming of figures or reading of words [] (<i>best result = 0; worst result = 8</i>) (<i>use the figures in the appendix</i>)	
[] Omission *	[] Substitution * [] Distortion [] Change in place of articulation [] Projection of the tongue
<i>*If expected for the age, consider zero (0)</i>	
Phones/phonemes and characteristics:	
In case of omission and / or substitution: ☐ expected for patient's age ☐ not expected for patient's age	
In case of change in place of articulation: ☐ audibly perceptible ☐ visually perceptible	
In case of distortion, it is related to:	
☐ absent/little tongue-tip trills	☐ elevation of back
☐ multiple tongue-tip trills	☐ lowering of back
☐ interdental tongue: [] anterior [] lateral	☐ other:

Therapeutic test (request repetition of syllables with the altered phones by using the vowel sound /e/ - observe if the articulatory production for the altered phone is changed when the correct pattern is provided)

Tested phone	the production does not change	the production improves	the production becomes adequate
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Observation: _____

General aspects [] ADD ALL SCORES (best result = 0; worst result = 16)

Saliva: (0) swallowed (1) accumulated in the right and/or left commissure (1) accumulated on the lower lip (2) spit (3) drooled
Position of the tongue in speech: (0) adequate (1) on the floor of the mouth (2) interdental (2) retracted (2) low tip and elevated laterals
Opening of the mouth: (0) adequate (1) reduced (1) increased
Movement of the mandible: (0) adequate trajectory (1) right deviation (1) left deviation (1) retraction
Movement of lips: (0) adequate (1) reduced (1) exaggerated
Movement of the tongue: (0) adequate (1) reduced
Articulation: (0) precise (1) unsystematic imprecision (2) systematic imprecision
Intonation: (0) adequate (1) altered:
Rate of speech: (0) adequate (1) increased (1) reduced
Pneumo-phono-articulatory coordination: (0) adequate (1) altered:
Resonance: (0) oronasal balance (1) hyponasality: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe (1) laryngopharyngeal (1) hypernasality: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe
In case of change in precision, it is related to: ☐ tone ☐ oronasal breathing ☐ malocclusion ☐ quantity of saliva ☐ hearing ☐ muscular fatigue ☐ use of prosthesis ☐ use of medication ☐ rate of speech ☐ anxiety/depression ☐ neurological disorder ☐ decrease in opening of the mouth ☐ others: _____

Diadochokinesis [] ADD ALL SCORES (best result = 0; worst result = 8) (request rapid and repeated emission of syllables and trisyllabic sequence for 10 seconds)

	Rate		Rhythm	
	Adequate	Inadequate	Adequate	Inadequate
[pa]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ta]	(0)	(1)	(0)	(1)
[ka]	(0)	(1)	(0)	(1)
[pataka]	(0)	(1)	(0)	(1)

Observation: _____

Velopharyngeal function [] ADD ALL SCORES (best result = 0; worst result = 18)

(0) absent (1) present

Blow (the patient must keep lips protruded): []
Prolonged phonation (the patient must maintain the sound production for 4 seconds): [] [i] [] [u] [] [f] [] [s] [] [ʃ]
Repetition of phrases: [] Polly put the pill in the pocket. [] Ted eats tacos. [] Kate kissed the kid. [] Billy bought the ball. [] Daisy dates David. [] Gabby gives gifts. [] Filip feed the fox. [] Scott has a sister. [] Shyla shares the shampoo. [] Victor visits the valley. [] Zack zips up the zipper. [] Jack jokes with Joe.

Observation: _____

Voice [] (request the production of the sustained sound "ah")

Pitch:	☐ adequate	☐ low	☐ high
Loudness:	☐ adequate	☐ loud	☐ quiet
Type of voice:	☐ adequate	☐ altered	

Observation: _____

[illegible]

SUMMARY OF THE MBGR MYOFUNCTIONAL OROFACIAL CLINICAL EXAMINATION

EXTRAORAL EXAMINATION (best result = 0; worst result = 30)	[]
Face (best result = 0; worst result = 15)	[]
Lips (best result = 0; worst result = 13)	[]
Masseter (best result = 0; worst result = 2)	[]
INTRAORAL EXAMINATION (best result = 0; worst result = 61)	[]
Lips (best result = 0; worst result = 5)	[]
Cheeks (best result = 0; worst result = 8)	[]
Tongue (best result = 0; worst result = 20)	[]
Palate (best result = 0; worst result = 8)	[]
Palatine tonsils (best result = 0; worst result = 4)	[]
Teeth (best result = 0; worst result = 5)	[]
Occlusion (best result = 0; worst result = 11)	[]
MOBILITY (best result = 0; worst result = 68)	[]
Lips (best result = 0; worst result = 27)	[]
Tongue (best result = 0; worst result = 24)	[]
Soft palate (best result = 0; worst result = 4)	[]
Mandible (best result = 0; worst result = 13)	[]
SENSITIVITY (best result = 0; worst result = 65)	[]
Tactile (best result = 0; worst result = 55)	[]
Pain on palpation (best result = 0; worst result = 10)	[]
TONE (best result = 0; worst result = 6)	[]
Lips (superior + inferior) (best result = 0; worst result = 2)	[]
Chin (best result = 0; worst result = 1)	[]
Tongue (best result = 0; worst result = 1)	[]
Cheeks (right+ left) (best result = 0; worst result = 2)	[]
OROFACIAL FUNCTIONS (best result = 0; worst result = 123)	[]
Breathing (best result = 0; worst result = 5)	[]
Chewing (best result = 0; worst result = 10)	[]
Swallowing (best result = 0; worst result = 36)	[]
Speech (best result = 0; worst result = 72)	[]

Speech-Language Pathologist: _____

CHECKLIST FOR PATIENT'S IMAGES

PHOTO REGISTRATION

Body:	☐ front	☐ back	☐ right profile	☐ left profile
Mandible:	☐ base view			
Face:	☐ right profile at rest	☐ front of the lower third		
	☐ right profile smiling	☐ right profile of the lower third		
	☐ front after the correction of the head posture			
Teeth:	☐ superior arch	☐ inferior arch		
Occlusion:	☐ anterior	☐ right side	☐ left side	
Tongue:	☐ at rest on the floor of the mouth		☐ protruded	☐ frenulum

VIDEO REGISTRATION

Mobility:	☐ lips	☐ tongue	☐ mandible	☐ soft palate
Chewing:	☐ habitual ☐ questions			
Habitual swallowing:	☐ liquid	☐ solid	☐ questions	
Speech:	☐ spontaneous	☐ automatic	☐ naming of figures	☐ reading of words
Diadochokinesis:	☐ [pa]	☐ [ta]	☐ [ka]	☐ [pataka]