UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

VICTOR OSÓRIO DIEGOLI PAFFETTI

Tradução e adaptação transcultural do *Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)* para a língua inglesa

BAURU
2018

VICTOR OSÓRIO DIEGOLI PAFFETTI

Tradução e adaptação transcultural do *Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)* para a língua inglesa

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.

Orientadora: Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

Versão corrigida

BAURU
2018

P14t

Paffetti, Victor Osório Diegoli

Tradução e adaptação transcultural do *Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)* para a língua inglesa/ Victor Osório Diegoli Paffetti.– Bauru, 2018.

141p.: il. ; 31cm.

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

Orientadora: Prof. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

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

Assinatura:

Data:

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

Comitê de Ética da FOB-USP

Protocolo nº: 2.112.032

Data: 09/06/2017

Folha de aprovação (deixar em branco)

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa à minha família, em especial, à minha mãe, **Rosângela**, amiga e companheira, que acreditou em mim desde o meu nascimento, nunca deixando que eu desistisse, estando sempre presente nas horas difíceis, confortando meu coração com palavras de apoio.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, criador de minha pessoa, que tem estado presente em minha vida e guiado os meus passos diante de cada decisão a ser tomada.

À querida **Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto**, por ter aceitado ser minha orientadora e contribuído com uma das experiências mais desafiadoras da minha vida. Por toda palavra amiga, serena e sábia, sempre proferida no momento certo.

Ao Prof. **Dr. Carlos Ferreira dos Santos**, por todo o incentivo acadêmico e pessoal desde a graduação.

À **Profa. Dra. Marileide Dias Esqueda**, por ser um exemplo motivador a todos os tradutores e por realizar valiosas contribuições para esta pesquisa.

À **Profa. Patrícia Viana Belam**, por sempre acreditar em meu potencial e me incentivar a continuar na trajetória acadêmica.

A **todos os tradutores** que contribuíram para a etapa metodológica.

Aos **fonoaudiólogos brasileiros e norte-americanos** especialistas em Voz e/ou Audiologia pelas valorosas sugestões.

A todos os **amigos mestrando**s, pela amizade, companheirismo e ensinamentos que contribuíram para meu aprendizado.

A **todos** que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

E, à **CAPES**, por conceder bolsa para a realização deste estudo.

“Se a língua fosse um produto do espírito lógico, e não do poético, teríamos apenas uma.” (Christian Hebbel)

RESUMO

A maioria dos instrumentos formais e objetivos disponíveis para avaliação e diagnóstico da voz, utilizados por fonoaudiólogos no Brasil, é traduzida e adaptada de uma língua estrangeira para o português brasileiro, já que a tradução e adaptação transcultural de instrumentos existentes para uma determinada língua contribui para a compreensão dos quadros de distúrbios da comunicação humana. Além disso, há uma carência de protocolos voltados especificamente para a avaliação e diagnóstico da voz de deficientes auditivos, que apresentam características vocais comprometidas pela falta do monitoramento auditivo durante a comunicação oral. Assim, o presente estudo teve por objetivo realizar a tradução e adaptação transcultural do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” para a língua inglesa, com o intuito de proporcionar globalmente a diversas populações uma versão do instrumento em língua inglesa para a prática clínica. Os autores do instrumento original, que foi desenvolvido na Universidade de Brasília-UnB em parceria com a Faculdade de Odontologia de Bauru–FOB/USP, autorizaram o seu uso para o desenvolvimento deste estudo. Foram submetidos à tradução e adaptação transcultural para a língua inglesa, o protocolo em si e mais quatro seções que foram utilizadas na validação do mesmo na língua portuguesa: Apresentação e Instruções; Definições de Voz, Fala, Problema de Voz e Problema de Fala; Questionário I; Questionário II. Uma banca de especialistas composta por dez fonoaudiólogos, cinco brasileiros e cinco norte-americanos, analisou o material traduzido em relação às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. Foram realizadas comparações dos resultados das avaliações da banca. Para tal, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) como critério para medidas repetidas e o teste de Tukey como pós-teste, sendo adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Primeiramente, o material foi traduzido do português brasileiro para o inglês por um profissional da área de Tradução. Em seguida, foi retrotraduzido, ou seja, traduzido do inglês para o português, por um segundo tradutor. Posteriormente, um terceiro profissional realizou a versão consenso, por meio de comparação entre as duas versões anteriores do instrumento. Por fim, a versão consenso foi enviada à banca de especialistas, que atribuíram notas de zero a dez, analisaram e sugeriram alterações para a versão consenso. Em relação às

notas atribuídas, o protocolo em si foi a seção melhor avaliada (média 8,7). Houve diferença de notas entre as seções avaliadas pelos brasileiros ($p=0,003$), sendo que a nota da seção de apresentação foi menor do que as demais. Após a avaliação pelos especialistas, as devidas alterações foram realizadas. Após todo esse processo, foi possível traduzir e adaptar transculturalmente o “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” para a língua inglesa, cuja versão final foi intitulada *Protocol for the Evaluation of Voice in Subjects with Hearing Impairment (PEV-SHI)*.

Palavras-chave: Tradução. Adaptação Transcultural. Protocolos. Voz. Deficiente Auditivo.

ABSTRACT

Translation and Cross-Cultural Adaptation of the *Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)* into English

Most objective and formal instruments available for voice assessment and diagnosis used by speech-language pathologists and audiologists in Brazil are translated and adapted from a foreign language into Brazilian Portuguese, since the translation and cross-cultural adaptation of existent instruments promote a better understanding of human communication disorders. In addition, there is a paucity of instruments specifically focused on the evaluation of voice in subjects with hearing impairment who have compromised vocal characteristics due to the lack of auditory monitoring during oral communication. Thus, this study aimed at translating and cross-culturally adapting the *Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)* into English, providing different populations with an English language version of the protocol for clinical practice in global contexts. The authors of the original instrument, which was developed by the University of Brasília- UnB, in partnership with the Bauru School of Dentistry – University of São Paulo, have authorized the use of it in this study. The protocol itself and four auxiliary sections (Presentation and Instructions; Definitions of Voice, Speech, Voice Problem, Speech Problem; Questionnaire I; Questionnaire II) used for the validation in the Brazilian Portuguese were translated and cross-culturally adapted into English. A committee composed of ten expert speech-language pathologists and audiologists, five Brazilians and five North Americans, analyzed the translated material based on semantic, idiomatic, experimental and conceptual equivalences. The scores given by the committee were compared by using the Analysis of Variance (ANOVA) as a criterion for repeated measures and the Tukey test as a post-test, with 5% level of significance ($p < 0.05$). First, the material was translated from Brazilian Portuguese into English by a professional of the Translation field. After that, it was back-translated, that is, translated again, from English into Brazilian Portuguese, by a second translator. Subsequently, a third professional created the consensus version, by means of comparison between the previous versions of the material. Finally, the consensus version was sent to the committee of experts, who rated it from zero to ten, analyzed it and suggested alterations for the consensus version. In relation to the obtained

scores, the protocol itself was the best rated section (average 8.7). There was a difference among the sections rated by the Brazilians ($p=0.003$). The ratings for the “Presentation and Instructions” section was lower than the others. After the experts rated the material, the appropriate alterations were made. At the end of this entire process, it was possible to translate and cross-culturally adapt the material, whose final version is entitled Protocol for the Evaluation of Voice in Subjects with Hearing Impairment (PEV-SHI).

Keywords: Translation. Cross-cultural adaptation. Protocols. Voice. Subjects with hearing-impairment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1-Etapas da tradução e adaptação transcultural do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo” para o inglês	57
---	----

- GRÁFICOS

Gráfico 1 – comparação entre as médias atribuídas pelos participantes brasileiros e pelos norte-americanos para cada seção.	83
--	----

-QUADROS

Quadro 1- Descrição dos processos de tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa.....	40
Quadro 2– Processos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de autoavaliação sobre voz para outras línguas.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Exemplos de países com falantes de língua inglesa.....	30
Tabela 2 –Discrepâncias entre o material original e sua retrotradução.....	65
Tabela 3 – Modificações realizadas por T3 em relação à tradução de T1.	67
Tabela 4 –Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso no “Protocolo”.	68
Tabela 5 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Apresentação e Instruções”.....	69
Tabela 6 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Definições de Voz, Fala, Problema de Voz e Problema de Fala”.	72
Tabela 7 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Questionário I”.....	73
Tabela 8 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Questionário II”.....	75
Tabela 9 – Modificações realizadas pelos especialistas coincidentes com a primeira versão em língua inglesa.....	77
Tabela 10 – Comparação entre as médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros para o protocolo e demais seções.	78
Tabela 11 – Teste Tukey –comparação entre as médias atribuídas pela banca de especialistas brasileiros	78
Tabela 12 – Médias das notas para cada parâmetro, considerando o Protocolo e as seções.....	79
Tabela 13 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros ao “Protocolo”.....	79
Tabela 16 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Definições de Voz, Fala, Problema de Voz e Problema de Fala”.....	81
Tabela 17 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Questionário I”.....	81
Tabela 18 - Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Questionário II”.....	81

Tabela 19 – Médias das notas atribuídas para cada seção pelos cinco especialistas
norte-americanos (p=0,22).82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPE-V	<i>Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice</i>
ESV	Escala de Sintomas Vocais
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GRBAS	<i>Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain</i>
GRBASI	<i>Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain, Intensity</i>
IDV	Índice de Desvantagem Vocal
IDV-10	Índice de Desvantagem Vocal -10
IFV	Índice de Fadiga Vocal
ITDV	Índice de Triagem de Distúrbios da Voz
L1	Primeira língua
L2	Segunda língua
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV-DA	Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo
PPAV	Perfil de Participação e Atividades Vocais
pVHI	<i>Pediatric Voice Handicap Index</i>
PVRQOL	<i>Pediatric Voice-Related Quality of Life</i>
QPV	Questionário de Performance Vocal
QSV-P	Questionário de Sintomas Vocais Pediátricos
QVV	Qualidade de Vida em Voz
QVV-P	Qualidade de Vida em Voz Pediátrico
T1	Tradutor 1
T2	Tradutor 2
T3	Tradutor 3
TVQ ^{MtF}	<i>Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals</i>
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
VAPP	<i>Voice Activity and Participation Profile</i>
V-DOP	<i>Voice Disorder Outcome Profile</i>

VFI	<i>Voice Fatigue Index</i>
VHI	<i>Voice Handicap Index</i>
VoiSS	<i>Voice Symptom Scale</i>
VPQ	<i>Voice Performance Questionnaire</i>
V-RQOL	<i>Voice-Related Quality of Life</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 A IMPORTÂNCIA DA LÍNGUA INGLESA	29
2.2 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE	31
2.3 PROTOCOLOS NA ÁREA DE VOZ.....	34
2.3.1 Índice de Desvantagem Vocal (IDV)	35
2.3.2 Índice de Desvantagem Vocal 10 (IDV-10)	35
2.3.3 Qualidade de Vida em Voz (QVV)	35
2.3.4 Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P).....	36
2.3.5 Escala de Sintomas Vocais (ESV)	36
2.3.6 Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV).....	37
2.3.7 Questionário de Performance Vocal (QPV)	37
2.3.8 Índice de Fadiga Vocal (IFV)	38
2.3.9 Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico (QSV-P)	38
2.3.10 Questionário Vocal para Transexuais de Homem para Mulher	39
2.4 PROTOCOLOS DE VOZ EM OUTRAS LÍNGUAS.....	41
2.4.1 <i>Voice Symptom Scale (Voiss)</i> em espanhol (Chile).....	41
2.4.2 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em hebraico	41
2.4.3 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em espanhol.....	42
2.4.4 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em árabe.....	42
2.4.5 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em grego	42
2.4.6 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em italiano	43
2.4.7 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em mandarim	43
2.4.8 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em hindi.....	43
2.4.9 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em norueguês	44

2.4.10 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em croata.....	44
2.4.11 <i>Voice Handicap Index (VHI)</i> em persa.....	44
2.4.12 <i>Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)</i> em árabe.....	45
2.4.13 <i>Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)</i> em coreano	45
2.4.14 <i>Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)</i> em espanhol	45
2.4.15 <i>Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)</i> em malaio.....	46
2.4.16 <i>Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)</i> em turco	46
2.4.17 <i>Voice Disorder Outcome Profile (V-DOP)</i> em tamil.....	46
2.4.18 <i>Voice Activity Participation Profile (VAPP)</i> em italiano.....	47
2.4.19 <i>Voice-Related Quality of Life (V-RQOL)</i> em persa	47
3 PROPOSIÇÃO	53
4 MATERIAL E MÉTODOS	57
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	57
4.2 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA A LÍNGUA INGLESA	57
4.3 TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA INGLESA	58
4.4 RETROTRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO	58
4.5 VERSÃO CONSENSO.....	58
4.6 BANCA DE ESPECIALISTAS	58
4.7 BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS	59
4.8 BANCA DE ESPECIALISTAS NORTE-AMERICANOS	60
4.9 REVISÃO FINAL	60
4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA	60
5 RESULTADOS.....	65
5.1 TRADUÇÃO, RETROTRADUÇÃO E VERSÃO CONSENSO.....	65
5.2 ANÁLISE DA VERSÃO CONSENSO PELA BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS E NORTE-AMERICANOS	68

5.2.1 Protocolo	68
5.2.2 Apresentação e Instruções	69
5.2.3 Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala	72
5.2.4 Questionário I	73
5.2.5 Questionário II	75
5.3 TERMOS COINCIDENTES NA PRIMEIRA VERSÃO E PELAS BANCAS DE ESPECIALISTAS	77
5.4. AVALIAÇÃO DA VERSÃO CONSENSO PELA BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS E NORTE-AMERICANOS	77
6 DISCUSSÃO	87
7 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	105
ANEXOS	127

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os protocolos clínicos são definidos como instrumentos que direcionam a saúde de seus usuários, sendo utilizados para auxiliar o profissional em circunstâncias específicas, por meio de fundamentações científicas. As orientações podem abordar testes diagnósticos e tratamentos que fazem parte do dia a dia do profissional da saúde (WERNECK et al., 2009).

Nessa área, mais especificamente em Fonoaudiologia, os instrumentos formais e objetivos disponíveis em língua portuguesa para a avaliação e diagnóstico são escassos. As traduções de instrumentos já disponíveis em outras línguas contribuem para estudos transculturais, colaborando para a compreensão acerca dos quadros de distúrbios da comunicação em diferentes contextos (GIUSTI; BEFILOPES, 2008).

Nessa perspectiva, Agra (2007) salienta que o tradutor tem como papel propiciar a diversas culturas, textos de autores variados, levando em consideração não somente a transcodificação da palavra e a equivalência de significado, mas também o sentido do texto, o contexto e o cenário a ser traduzido. Assim, a língua e a cultura são fatores dominantes que conduzem uma tradução e adaptação transcultural. A autora define cultura como um conjunto de ações, como por exemplo, hábitos, pensamentos e crenças. Tais características variam de um povo para outro.

A maior parte dos protocolos desenvolvidos na área da saúde é composta por instrumentos de qualidade de vida em língua inglesa. Assim, para que haja uma tradução sistematizada para outra língua, quatro etapas são preconizadas. Primeiramente, um tradutor deve realizar a tradução inicial do instrumento da língua inglesa para uma língua-alvo. Em seguida, um outro tradutor deve retrotraduzir (*back-translation*¹) a versão inicial, ou seja, traduzir novamente para o inglês. Posteriormente, uma banca de especialistas deve analisar as duas primeiras versões e, por meio de comparação, estabelecer uma versão consenso. Por último, deve-se aplicar o pré-teste em uma determinada população de acordo com a especificidade do instrumento, assim, é possível analisar as dificuldades

¹ Adota-se, nesta dissertação, a grafia *back-translation* (com hífen), por assim constar no *Dictionary of Translation Studies* (SHUTTLEWORTH; COWIE, 1997).

encontradas pelos pacientes e aplicadores da versão consenso (GUILLEMIN et al., 1993).

Com base em processos similares aos descritos na página anterior, diferentes protocolos de autoavaliação acerca da voz foram traduzidos e validados para o português brasileiro (BEHLAU et al., 2009).

A OMS (Organização Mundial da Saúde, 2016) também preconiza um determinado processo para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos, porém, utilizando uma sequência diferente e mais ampla. Orienta-se que, primeiramente, a tradução deve ser realizada por um profissional familiarizado com a terminologia do material a ser traduzido. O tradutor não deve realizar uma tradução literal (calcada no original), nem palavra por palavra. A tradução deve ser por equivalência², composta por sentenças concisas. A linguagem deve estar de acordo com o público-alvo. Em seguida, a tradução deve ser analisada por um comitê de especialistas profissionais da saúde, que poderão realizar observações pertinentes principalmente em relação a colocações mais adequadas à área. Na sequência, é realizada a retrotradução ou *back-translation*, que consiste na mesma abordagem da primeira etapa, porém, um outro tradutor realiza a tradução para a língua fonte. Além destas etapas, a OMS também utiliza uma etapa de pré-teste e entrevista cognitiva, que tem por objetivo a aplicação prática do material. Após esse processo, deve-se elaborar um relatório acerca da participação dos indivíduos. Assim, após todas as referidas etapas, uma versão final do instrumento é obtida. Por fim, há a parte de documentação que visa mapear todo o processo transcultural. Dessa forma, devem ser fornecidos a tradução inicial, um resumo das recomendações feitas pelos especialistas, a retrotradução, um resumo dos problemas encontrados durante a aplicação do pré-teste e as modificações propostas e, por último, a versão final. Tais processos são voltados para a criação de instrumentos cuja origem seja a língua inglesa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Argentin (2013) afirma que, no Brasil, usualmente as traduções de materiais internacionais ocorrem a partir de uma língua estrangeira para a língua portuguesa, sendo que, na área da saúde não há teorias referentes ao processo inverso, ou seja,

² Esta pesquisa está ancorada às discussões propostas por autores pesquisadores da área da saúde, tais como Guillemin, Bombardier, Beaton (1993); Beaton (2000); WHO (2007); Giusti, Befi-Lopes (2008). Portanto, neste estudo, o termo “equivalência” não é o mesmo utilizado nos Estudos da Tradução, como proposto por Baker (2001), assim como não é objetivo do presente estudo traçar as distinções de “equivalência” entre as diferentes ciências.

instrumentos que são traduzidos do português brasileiro para o inglês. Em seu estudo, foi realizada a tradução e adaptação cultural de um material didático brasileiro para língua inglesa. Tal fato o classificou como inédito.

Em contrapartida, na literatura consultada, foi encontrada uma versão em inglês da triagem original em língua portuguesa do ITDV (Índice de Triagem de Distúrbios da Voz), em um estudo que buscou avaliar os sintomas de alterações vocais de um grupo de professores pertencentes ao sistema público de ensino de São Paulo - Brasil, porém, a tradução e adaptação foi realizada de forma livre e não sistematizada (GHIRARDI et al., 2013).

Para o presente estudo, pretendeu-se realizar a tradução e adaptação transcultural da língua portuguesa para a língua inglesa de um protocolo de avaliação da área da saúde, mais especificamente, pertencente à área de Fonoaudiologia. O referido instrumento foi validado e desenvolvido durante a tese de doutorado de Ana Cristina de Castro Coelho Ribeiro, fonoaudióloga, doutora pela Universidade de Brasília (UnB), que conduziu seu estudo sob orientação do Prof. Dr. Fayez Bahmad Júnior e coorientação da Prof^a. Dr^a. Alcione Ghedini Brasolotto. O instrumento aborda a avaliação perceptivo-auditiva da voz de deficientes auditivos (RIBEIRO, 2017). Além do protocolo em si (ANEXO A), o material utilizado para o processo de validação do instrumento na língua portuguesa foi constituído por quatro seções auxiliares, sendo: 1- “Apresentação e Instruções”, 2- “Definições de Voz, Fala, Problema de Voz e Problema de Fala”, 3- “Questionário I” (autorreferido), 4- “Questionário II” (respondido por um responsável pelo paciente) (ANEXO B).

A importância do instrumento em questão justifica-se pelo fato de que, embora exista na literatura diversos instrumentos de avaliação vocal, como por exemplo, a escala GRBAS (HIRANO, 1981), o CAPE-V (ZRAICK et al., 2011), GRBASI (DEJONCKERE, 1996), *The Phonetic Description of Voice Quality* (LAVER, 1980) e o *Prosody-Voice Screening Profile (PVSP)* (SHILBERG et. al., 1990), nenhum deles é voltado especificamente para as características particulares de voz do deficiente auditivo.

Essas particularidades se devem ao fato de que o monitoramento auditivo da própria voz está relacionado com o desenvolvimento do controle fonatório e habilidades de variar o uso da voz em diversos contextos (BUDER et. al., 2008). A falta de tal monitoramento acarreta problemas para o deficiente auditivo, que estão

relacionados à linguagem oral, produção de fala e produção vocal. A audição e a voz atuam juntas para que haja comunicação. O sistema auditivo regula os parâmetros vocais de intensidade, extensão e frequência, o que elucida a importância do monitoramento da própria voz para uma boa comunicação (BARALDI et. al. 2007).

Na pesquisa bibliográfica consultada, existem apenas dois protocolos publicados acerca da avaliação do deficiente auditivo, o que configura uma escassez de estudos na área. O primeiro, “Proposta de Avaliação de Voz no Deficiente Auditivo”, descreve os parâmetros que devem ser avaliados nessa população (PINHO, 1990). O segundo, *Protocole d’évaluation de la voix et de la parole des sourd*, avalia os parâmetros impressão global, vozeamento, *pitch*³, *loudness*⁴, ruídos extravocais e ritmo de fala, empregando uma escala Likert de 4 pontos (ORMEZZANO et. al., 2001).

Para o presente estudo, optou-se pela tradução e adaptação transcultural do instrumento para a língua inglesa, pois, segundo Forattinni (1997), a língua inglesa é considerada a língua franca da ciência, ou seja, um modo escrito ou verbal que permite a comunicação entre diversos povos e nações. Tal língua tem se disseminado internacionalmente de maneira ampla e abrangente nos âmbitos do trabalho, lazer, ensino e pesquisa (BATISTA; IGLESIAS, 2010). Estima-se que o inglês seja a língua nativa de aproximadamente meio bilhão de pessoas, sendo a primeira língua falada por usuários não nativos mundialmente, assim, atingindo um número próximo a dois bilhões de falantes (CRYSTAL, 2003). Segundo estatísticas, para cada falante nativo do inglês, já existem quatro falantes não nativos atualmente, tal fator explicita a amplitude internacional alcançada pela língua (GRADDOL, 2006). Assim, por ser uma língua que abrange nações de maneira global, consideramos o idioma inglês como sendo expressivo na tradução do instrumento referido no presente estudo. Portanto, partimos da hipótese que o instrumento possa ser traduzido e adaptado para a língua inglesa, contribuindo para ciência, mais especificamente para a área da saúde (Fonoaudiologia), na prática da

³ “(...) sensação psicofísica da frequência fundamental e não deve ser confundido com a medida da frequência em si. O termo *pitch* não apresenta tradução para o português e, portanto, optou-se por empregar o verbete na língua original, o inglês.” Definição encontrada em “Voz: o livro do especialista” (BEHLAU et al., 2001).

⁴ “(...) sensação psicofísica relacionada à intensidade, ou seja, como julgamos um som, considerando-o forte ou fraco. Definição encontrada em “Voz: o livro do especialista” (BEHLAU et al., 2001).

avaliação e diagnóstico clínico da voz em pacientes com deficiência auditiva pertencentes aos mais diversos grupos populacionais.

2 Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira etapa, será abordada a importância da língua inglesa em âmbito global. Em seguida, serão apresentados os processos de tradução e adaptação transcultural de maneira global. Posteriormente, serão descritos os processos tradutórios utilizados em protocolos pertencentes à Fonoaudiologia, mais especificamente à área de Voz.

2.1 A IMPORTÂNCIA DA LÍNGUA INGLESA

Segundo Rajagopalan e Silva (2004), o inglês tem se disseminado vastamente pelo globo, estando presente em todas as partes do planeta com maiores focos localizados no Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e África do Sul, sendo que, nestes países o inglês é caracterizado como língua materna.

Em alguns países, tais como Paquistão, Bangladesh e Índia, a língua inglesa não é a língua materna, porém, ainda assim é falada no âmbito dos negócios, comércio, indústria e cultura. Existem ainda países que, embora não tenham sido colonizados pela Inglaterra, adotaram o inglês como língua internacional, ou seja, de comunicação, tal fato ocorre na China, Egito e Emirados do Golfo Pérsico (RAJAGOPALAN; SILVA, 2004).

A disseminação global do inglês não é um fator britânico, mas sim, estadunidense, uma vez que os Estados Unidos têm o poder de influenciar outras populações por meio dos mais diversos meios de comunicação, tais como as grandes produções cinematográficas, os musicais transmitidos pela televisão, a rotina de celebridades e os noticiários. Além disso, o dólar é a moeda utilizada como base de comparação econômica pelos mais variados governos (RAJAGOPALAN; SILVA, 2004).

Ainda segundo os autores acima citados, o inglês é considerado também a língua da ciência, da pesquisa, da inovação e do progresso, da conquista, além de estar relacionado à riqueza material e a homens autoconfiantes que são vistos como exemplos a serem seguidos por alguém, fatores citados anteriormente por Crystal

(1997), que explicita a predominância da língua inglesa em livros, esportes, diplomacia, ciência e robótica.

Segundo Le Breton (2005), historicamente, não há registros de nenhuma outra língua que tenha atingido uma abrangência de maneira tão vasta quanto o inglês, sendo que, a quantidade de falantes não nativos supera o número de falantes nativos, realidade já exposta por Crystal (1997), que também salientou o fato de que aprender a língua inglesa possibilitaria uma amplitude de oportunidades sociais a um indivíduo.

Em um estudo realizado em 2000, pode-se destacar que:

“O inglês é a língua oficial ou semi-oficial de mais de 60 países e tem destaque em mais de 20, o que garante sua penetração em todos os continentes, como o segundo idioma mais falado do mundo, abaixo do mandarim. São mais de 300 milhões de pessoas que têm o inglês como língua materna, enquanto mais 300 milhões o utilizam como segunda língua e mais 100 milhões o falam fluentemente como idioma estrangeiro.” (TARGINO; GARCIA, 2000, p.110)

Na Tabela 1 podemos observar a presença da língua inglesa em vários países, seja como primeira ou segunda língua.

Tabela 1- Exemplos de países com falantes de língua inglesa

País	L1	L2
Reino Unido	56.600.000	1.500.000
Aruba	9000	35000
Austrália	22.000.000	3.500.000
Bahamas	290.000	30.000
Beliza	184.000	56.000
Bermuda	63.000	-
Camarões	-	7.700.00
Canadá	19.400.000	7.000.000
China	255.000	2.200.000
Estônia	880	647.000
Etiópia	1.870	170.000
Guiana	650.000	30.000
Índia	350.000	200.000.000
Irlanda	4.270.000	275.000
Libéria	-	2.500.000
Malásia	380.000	7.000.000
Nepal	2030	7.000.000

Nova Zelândia	3.970.000	150.000
Nigéria	-	60.000.000
Porto Rico	100.000	1.840.000
África do Sul	4.890.000	11.000.000
Estados Unidos	255.000.000	25.600.000

(-) Não aplicável, L1 – primeira língua, L2 – segunda língua.

Fonte: LEWIS, M.P.; GARY, F.S.; CHARLES, D.F. Languages of the World:

<https://www.ethnologue.com/language/eng>

Assim, justificamos a escolha da língua inglesa para este estudo, por ser um instrumento de comunicação que abrange vastamente diferentes grupos populacionais no mundo.

2.2 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE

Segundo os Estudos da Tradução, Katan (2004) afirma que o tradutor é um mediador de culturas, responsável por realizar uma comunicação satisfatória entre diferentes públicos que tenham línguas e culturas distintas. Nesse sentido, para realizar uma tradução, o tradutor deve levar em consideração os aspectos linguísticos bem como os aspectos culturais.

Dessa forma, é possível compreender que, a adaptação transcultural já é parte do processo tradutório. Entretanto, deve-se salientar que, esta dissertação não tem por objetivo discutir Teoria de Tradução. Assim, abordaremos neste item, os processos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos baseados em estudos desenvolvidos na área da saúde.

Guillemin et al. (1993) afirmam que, a maioria dos instrumentos que mensuram a qualidade de vida é desenvolvida em países de língua inglesa. Entretanto, há a necessidade de utilizar esses instrumentos em países cuja língua oficial não é o inglês e, até mesmo, em países de língua inglesa que possuem grupos de imigrantes. Dessa forma, existem duas opções para sanar essa necessidade: desenvolver um novo instrumento ou traduzir e adaptar transculturalmente um instrumento pré-existente. Assim, a segunda opção torna-se mais viável, porém, o processo deve ser realizado de forma sistematizada.

Guillemin et al. (1993) preconizam um sistema de tradução e adaptação transcultural dividido em cinco partes: (1) tradução; (2) retrotradução; (3) comitê de

revisão; (4) pré-teste; (5) possível adaptação dos pesos das pontuações para o contexto cultural, como descritos abaixo.

(1) Tradução: recomenda-se a realização de várias traduções, feitas por pelo menos dois tradutores independentes, assim, sanando possíveis problemas relacionados a ambiguidades. Além disso, recomenda-se que o tradutor traduza para a sua língua materna. Dentre os tradutores escolhidos, alguns devem estar cientes do propósito do instrumento, ao passo em que outros não. Dessa forma, é possível identificar possíveis interpretações inesperadas advindas do instrumento.

(2) Retrotradução: o número de retrotraduções deve ser equivalente ao de traduções. Recomenda-se que, para essa etapa, os tradutores não estejam familiarizados com as especificidades do instrumento.

(3) Comitê de revisão: tem por objetivo comparar as versões inicial e a final. O comitê deve ser composto também por especialistas da área da qual o instrumento foi desenvolvido. O comitê também tem o intuito de modificar instruções, alterar itens inapropriados, criar novos itens, assegurar que a tradução esteja compreensível. Existem ainda outras recomendações, tais como elaborações de sentenças curtas e simples com palavras-chave, uso da voz ativa, substantivos repetidos em vez de pronomes e termos específicos em vez de gerais. A fim de verificar a equivalência transcultural entre a versão inicial e a versão final, são preconizadas quatro equivalências:

a) semântica: permite verificar aspectos relacionados ao vocabulário e gramática.

b) idiomática: refere-se ao uso de expressões e coloquialismos, geralmente em dimensões sociais e emocionais.

c) experimental: aborda as situações mencionadas no texto fonte que devem fazer sentido na tradução, o que pode acarretar modificação de um item. Por exemplo, o autor cita o exemplo da substituição de “em seu próprio carro” por “transporte público”, visto que, até então, a maioria das pessoas não possuíam carro próprio no país para o qual o instrumento foi traduzido.

d) conceitual. A equivalência conceitual refere-se a validade de um conceito explorado e experiência de eventos por determinada população da cultura alvo, já que alguns itens podem ser equivalentes em termos semânticos, mas não conceituais. Os autores citam como exemplo os termos “primo(a)” e “irmão” que,

para algumas culturas, podem significar mais do que um parente de primeiro ou segundo grau da mesma geração.

(4) Pré-teste: que é aplicado em uma determinada população, a fim de verificar se o instrumento está sendo compreendido pela público, analisando as expressões faciais, relutância em responder às perguntas e hesitação.

(5) Possível adaptação dos pesos das pontuações para o contexto cultural: por meio de uma abordagem matemática, é possível considerar a elaboração de uma forma de mensurar no instrumento que seja melhor compreendida na cultura alvo (GUILLEMIN et al., 1993).

Mais tarde, as etapas sistematizadas acima, foram refinadas por Beaton et al. (2000), baseadas em uma revisão de literatura de estudos da área médica, da psicologia e da sociologia. As etapas reformuladas são divididas em seis partes: (1) traduções; (2) síntese das traduções; (3) retrotraduções; (4) comitê de peritos; (5) teste da versão prévia; (6) submissão dos documentos deste processo para os autores dos instrumentos ou para um comitê de acompanhamento. Basicamente, a diferença existente entre o estudo de Guillemin et al. (1993) e Beaton et al. (2000) é o fato de no último existir uma sexta etapa que consiste no envio de todos os documentos referentes às etapas anteriores aos autores, assim, sendo possível verificar a realização adequada de todas as etapas preconizadas (BEATON et al. 2000).

Em um estudo realizado por Epstein, Santo e Guillemin (2015), foram revisados os parâmetros adotados para a adaptação transcultural de questionários. Os pesquisadores encontraram 31 métodos diferentes nos 95 artigos analisados. Embora as etapas de tradução e a retrotradução sejam os recursos mais utilizados, essa metodologia não tem sido aplicada de maneira uniforme. Existem ainda variações quanto à tradução técnica, grupos de referência, conceitos, caracterização dos tradutores e retrotradutores, tipos de equivalências e unidades de mensuração. Sugere-se que a retrotradução não seja um processo obrigatório, mas que pode ser útil como uma ferramenta de comunicação com o autor do instrumento original. Quanto ao comitê e especialistas, sua importância é ressaltada, uma vez que eles são responsáveis por assegurar a equivalência entre o instrumento traduzido e o original. Ainda assim, não foi encontrada evidência da superioridade de um método em relação a outro, não havendo um padrão ouro.

Para Epstein, Santo e Guillemin (2015), a tradução e adaptação transcultural é um processo delicado, representa um desafio, requer tempo, habilidade, conhecimento e experiência. Portanto, os pesquisadores devem escolher a metodologia mais apropriada de acordo com o contexto do instrumento de interesse. Além disso, qualquer método validado pode ser utilizado, contanto que seu processo seja rigoroso o suficiente para atingir a equivalência entre o instrumento original e o traduzido.

Segundo Guillemin et al. (1993) a maioria dos protocolos desenvolvidos na área da saúde são oriundos de língua inglesa. Entretanto, foi encontrado na literatura um estudo que teve como um de seus objetivos realizar a tradução da versão em português do “Manual de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme” para a língua inglesa, além de analisar os tipos de problemas de tradução observados em unidades de tradução definidas no texto original. As traduções individuais foram realizadas por duas estudantes de um curso de pós-graduação em Tradução, a revisão da síntese pela professora orientadora da pesquisa, e a retrotradução, por outros dois alunos de um curso de pós-graduação em Estudos Linguísticos vinculado à linha de Estudos da Tradução. A equipe contou com a assistência de um profissional da área Médica para a consulta de termos técnicos. Após o percurso metodológico, concluiu-se que o estudo corroborou o afirmado por Guillemin et al. (1993) acerca da possibilidade de se chegar a um resultado satisfatório por meio da criação de várias traduções, o que foi verificado por meio da retrotradução, que apontou um alto grau de correspondência com a versão original do questionário (SILVA, 2013).

2.3 PROTOCOLOS NA ÁREA DE VOZ

A seguir descreveremos os protocolos traduzidos na área de voz, além de delinear o processo de elaboração da tradução e da retrotradução por meio do qual foi possível obter suas versões em língua portuguesa.

2.3.1 Índice de Desvantagem Vocal (IDV)

É um instrumento autoaplicável, pode ser utilizado por paciente disfônicos, e tem por objetivo avaliar a autopercepção da desvantagem vocal. É o protocolo mais utilizado no mundo e já foi validado em mais de 20 países. Sua versão original é o *Voice Handicap Index (VHI)* (JACOBSON et al., 1997). A tradução foi realizada por duas fonoaudiólogas e professoras de inglês bilíngues, a retrotradução por um professor de inglês que não havia participado da etapa anterior. Todos foram informados sobre os objetivos do estudo. A versão final do protocolo foi revisada por uma banca composta por cinco especialistas em voz. Para avaliar a equivalência linguística e cultural, foi acrescentado a cada item do questionário a opção “não aplicável”. Posteriormente, o instrumento foi aplicado a dez indivíduos, e as sugestões feitas por eles foram adicionadas ao questionário. Nenhuma questão mostrou-se inválida (BEHLAU, 2011).

2.3.2 Índice de Desvantagem Vocal 10 (IDV-10)

É composto de dez questões, sendo considerado uma boa ferramenta para avaliação clínica inicial, resultados de tratamentos e pesquisas. É um instrumento rápido e confiável. Por ser uma versão reduzida do IDV, o IDV-10 não passou pelo processo de tradução e adaptação transcultural (COSTA et al., 2013).

2.3.3 Qualidade de Vida em Voz (QVV)

É um protocolo minimalista e rápido com dez questões, que tem como objetivo investigar o impacto de um problema de voz na qualidade de vida de um indivíduo. É autoaplicável. Sua versão original é o *Voice Related Quality of Life (V-RQOL)* (HOGIKYAN; SETHURAMAN, 1997). Igualmente ao IDV, a tradução foi realizada por duas fonoaudiólogas e professoras de inglês bilíngues, a retrotradução por um professor de inglês que não havia participado da etapa anterior. Todos foram informados sobre os objetivos do estudo. A versão final do protocolo foi revisada por uma banca composta por cinco especialistas em voz. Para avaliar a equivalência

linguística e cultural, foi acrescentado a cada item do questionário a opção “não aplicável”. Posteriormente, o instrumento foi utilizado por 38 pacientes. Nenhuma questão mostrou-se inválida (GASPARINI; BEHLAU, 2009).

2.3.4 Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P)

Por meio desse instrumento, é possível identificar o prejuízo da alteração vocal nos diversos contextos sociais da criança. Além disso, o instrumento permite que o profissional elabore um plano de tratamento individualizado. Sua versão original é o *Pediatric Voice-Related Quality of Life (PVRQOL)* (BOSELEY et al., 2006). O questionário foi traduzido por duas fonoaudiólogas, com língua materna o português brasileiro, fluentes em inglês e cientes dos objetivos do estudo. Posteriormente, as versões traduzidas foram comparadas junto à autora do estudo. A retrotradução foi realizada por um professor de inglês, que tem como língua materna o português brasileiro e não havia participado de nenhuma etapa do estudo. Não houve diferenças entre a versão original e a retrotraduzida do instrumento. Foi acrescida ao protocolo uma questão de múltipla escolha para que os pais pudessem avaliar a qualidade de voz de seus filhos (RIBEIRO; PAULA; BEHLAU, 2014).

2.3.5 Escala de Sintomas Vocais (ESV)

É um instrumento de autoavaliação de voz e de sintomas vocais e objetiva evidenciar respostas clínicas a tratamentos da disfonia. Sua versão original em língua inglesa é o *Voice Symptom Scale (VoiSS)* (DEARY et al., 2003). O questionário foi traduzido por duas fonoaudiólogas bilíngues, cientes dos objetivos do estudo. Posteriormente, as duas versões das traduções foram compiladas em uma só. A retrotradução foi realizada por uma fonoaudióloga brasileira, bilíngue, professora de inglês, que não teve participação nas etapas anteriores. A tradução e a retrotradução foram comparadas entre si, e as discrepâncias existentes foram analisadas por uma banca de especialistas composta por cinco fonoaudiólogos proficientes em língua inglesa e especialistas em voz que, por consenso, realizaram as alterações necessárias e chegaram à versão final do protocolo. Para averiguar a

equivalência cultural, o instrumento foi aplicado a um grupo composto por 15 indivíduos que apresentavam queixa vocal. Acrescentou-se a cada questão do protocolo a opção “não aplicável” para identificar questões não compreendidas ou inapropriadas para a população, assim, possibilitando posterior modificação ou exclusão (MORETI et al., 2011).

2.3.6 Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV)

O referido protocolo é de autoavaliação e tem por objetivo mensurar a diferença entre a limitação causada por um problema vocal e a disposição do sujeito para participar em atividades vocais do dia a dia. O fator que o diferencia dos outros protocolos é a possibilidade de oferecer mais detalhes, uma vez são abordados aspectos quando ao trabalho, vida social, vida diária e expressão das emoções dos indivíduos. Sua versão original é o *Voice Activity and Participation Profile (VAPP)* (MA; YIU, 2003). A tradução foi realizada por três fonoaudiólogas bilíngues e a retrotradução por outras duas fonoaudiólogas também bilíngues que não participaram da etapa anterior, sendo que todas foram informadas sobre os objetivos do estudo. Uma banca composta por três especialistas em voz revisou as etapas e realizaram as alterações necessárias para a versão final do protocolo. Para averiguar a equivalência cultural e linguística, foi acrescentada a cada item do instrumento a opção “não aplicável” a fim de identificar questões não compreendidas ou inapropriadas para a população. O instrumento foi aplicado em 10 pacientes. Nenhuma questão foi modificada ou excluída (RICARTE; OLIVEIRA; BEHLAU, 2013).

2.3.7 Questionário de Performance Vocal (QPV)

É um protocolo curto, direcionado aos sintomas físicos e ao impacto socioeconômico de um problema vocal. Sua versão original é o *Voice Performance Questionnaire (VPQ)* (CARDING et al., 2009). A tradução do protocolo foi realizada por duas fonoaudiólogas fluentes em língua inglesa, sendo que, uma delas é professora de inglês. O instrumento foi retrotraduzido por uma professora de inglês,

não fonoaudióloga, que não havia participado da etapa anterior e não tinha conhecimento do protocolo original. Em seguida, as versões foram comparadas e as discrepâncias analisadas por uma banca composta por cinco especialistas em voz, também fluentes em inglês, que chegaram a versão final do protocolo. Para avaliar a equivalência cultural, o questionário foi aplicado a 17 indivíduos com queixa vocal. Para cada questão, adicionou-se a opção de “não aplicável” a fim de identificar questões não compreendidas ou não apropriadas, sendo que nenhuma das questões mostrou-se inválida (PAULINELLI; GAMA; BEHLAU, 2012).

2.3.8 Índice de Fadiga Vocal (IFV)

Trata-se de um questionário autorreferido que tem por objetivo identificar e mensurar a fadiga vocal. Sua versão original em língua inglesa é *Vocal Fatigue Index (VFI)* (NANJUNDESWARAN et al., 2015). Sua tradução foi realizada por dois fonoaudiólogos brasileiros bilíngues. Em seguida, as traduções foram comparadas e analisadas por um comitê formado por cinco fonoaudiólogos especialistas em voz e proficiente em língua inglesa. As diferenças encontradas foram discutidas e modificadas quando necessário, obtendo-se uma versão traduzida final, que foi retrotraduzida por um terceiro fonoaudiólogo brasileiro e bilíngue. A tradução e a retrotradução foram comparadas pelo mesmo comitê, chegando-se à versão final. Para verificar a equivalência cultural da versão em português, acrescentou-se a opção “não aplicável” a cada questão do instrumento, que foi respondido por 20 indivíduos com queixa vocal e disfonia comportamental. As questões não aplicáveis foram eliminadas da versão em português (ZAMBON et al., 2017).

2.3.9 Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico (QSV-P)

O referido questionário visa investigar questões físicas, emocionais e sociofuncionais da alteração vocal na população infantil. Sua versão original em francês é o *Questionnaire des Symptômes Vocaux* (VERDUYCKT et al., 2012). A tradução para o português foi realizada por duas fonoaudiólogas brasileiras bilíngues, cientes dos objetivos do estudo. Em seguida, a retrotradução foi realizada

por uma terceira fonoaudióloga bilíngue, professora de francês, que não participou da etapa anterior. A tradução e a retrotradução foram comparadas e discutidas com os autores dos protocolos. Após análise, as devidas alterações foram feitas por consenso. Para averiguar a equivalência cultural, acrescentou-se a opção “não aplicável” a cada questão do instrumento. O instrumento foi aplicado em 32 indivíduos com faixa etária entre 6 e 18 anos apresentando queixa vocal e/ou alteração na voz junto a seus respectivos responsáveis (KHROLING et al., 2016).

2.3.10 Questionário Vocal para Transexuais de Homem para Mulher⁵

O referido instrumento é um questionário de autoavaliação da voz de transexuais HPM (homem para mulher). Sua versão original é o *Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals (TVQ^{MtF})*, em língua inglesa (DACAKIS et al., 2013). A tradução foi realizada por dois fonoaudiólogos bilíngues que estavam cientes sobre os objetivos do estudo. Em seguida, com a presença de um terceiro fonoaudiólogo que não havia participado na etapa anterior, realizou-se a conciliação para sanar discrepâncias entre as traduções e unificá-las em uma só versão em português. A retrotradução foi realizada por um professor de inglês, não pertencente à área da saúde. Posteriormente, outros dois fonoaudiólogos bilíngues, que não tinham participado das etapas anteriores, estavam presentes durante a harmonização da retrotradução com o instrumento original. Por fim, foi realizado um teste piloto com cinco transexuais que responderam ao questionário, além de classificar a clareza e a pertinência das questões por meio de uma escala Likert (SANTOS et al., 2015).

O Quadro1 permite uma melhor visualização do processo de tradução e adaptação transcultural dos protocolos citados, com exceção do IDV-10, que é uma versão reduzida do IDV e, por isso, não precisou passar por tal processo metodológico.

⁵ Não foi encontrada forma abreviada em língua portuguesa no artigo de Santos et al. (2015).

REFERÊNCIAS	PROTOCOLO	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	BANCA DE ESPECIALISTAS	VERSÃO FINAL DO PROTOCOLO
(BEHLAU, 2011)	IDV	2 fonoaudiólogas e professoras de inglês bilíngues	1 professor de inglês sem participação anterior	5 especialistas em voz	Aplicada em 10 pacientes. Nenhuma questão foi invalidada.
(GASPARINI; BEHLAU, 2009)	QVV	2 fonoaudiólogas e professoras de inglês bilíngues	1 professor de inglês sem participação anterior	5 especialistas em voz	Aplicada em 38 pacientes. Nenhuma questão foi invalidada.
(RIBEIRO; PAULA; BEHLAU, 2014)	QVV-P	2 fonoaudiólogas e fluente em inglês	1 professor de inglês sem participação anterior	-	Acréscimo de uma questão.
(MORETI et al., 2011)	ESV	2 fonoaudiólogas bilíngues	1 fonoaudióloga brasileira, bilíngue, professora de inglês	5 fonoaudiólogos especialistas em voz	Aplicado em 15 pacientes (o artigo não cita se houve alterações).
(RICARTE; OLIVEIRA; BEHLAU, 2013)	PPAV	3 fonoaudiólogas bilíngues	2 fonoaudiólogas bilíngues sem participação anterior	3 especialistas em voz	Aplicado em 10 pacientes. Nenhuma questão foi modificada.
(PAULINELLI; GAMA; BEHLAU, 2012)	QPV	2 fonoaudiólogas fluentes em língua inglesa, sendo uma delas professora de inglês	1 professora de inglês sem participação anterior	5 especialistas em voz	Aplicado em 17 indivíduos. Nenhuma questão foi modificada.
(ZAMBON et al., 2017)	IFV	2 fonoaudiólogos bilíngues	1 fonoaudiólogo	5 fonoaudiólogos especialistas em voz	Aplicado em 20 indivíduos. As questões não aplicáveis foram desconsideradas.
(KHROLING et al., 2016)	QSV-P	2 fonoaudiólogas bilíngues	1 fonoaudióloga professora de francês	-	Aplicado em 32 indivíduos.
(SANTOS et al., 2015)	QVT ^{HPM} (*)	2 fonoaudiólogos bilíngues	1 professor de inglês	-	Aplicado em 5 indivíduos. Cinco itens foram alterados.

(*) Abreviação nossa para “Questionário Vocal para Transexuais de Homem para Mulher”.

Quadro 1- Descrição dos processos de tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa

Nota-se que nenhum dos protocolos descritos foi traduzido por um tradutor profissional, mas sim, por fonoaudiólogos ou professores de língua inglesa que apresentavam proficiência no par de idiomas. Tal dado também foi averiguado no estudo de Araújo (2015), que analisou o processo de tradução e retrotradução em 57 artigos científicos, pertencentes em sua maioria às Ciências da Saúde, sendo que nenhum havia sido traduzido por um profissional da Tradução. (ARAÚJO, 2015).

2.4 PROTOCOLOS DE VOZ EM OUTRAS LÍNGUAS

A seguir descreveremos os protocolos na área de voz originados e traduzidos em diferentes línguas, além das etapas que envolveram os processos tradutórios.

2.4.1 *Voice Symptom Scale (Voiss)* em espanhol (Chile)

O protocolo foi traduzido para o espanhol por dois fonoaudiólogos especialistas em voz, que realizaram duas traduções independentes. Em seguida, as duas versões foram compiladas em uma só, que foi retrotraduzida por um terceiro fonoaudiólogo proficiente em língua inglesa e que não tinha conhecimento do protocolo. Um comitê formado por cinco especialistas em voz comparou a tradução e retrotradução, e as discrepâncias foram modificadas por consenso. Posteriormente, o protocolo foi aplicado a 15 indivíduos com diferentes tipos e graus de disfonia para que incompreensões ou sentenças inapropriadas fossem identificadas. Chegou-se, assim, à versão final do instrumento em língua espanhola (Chile) (RUSTON et al., 2015).

2.4.2 *Voice Handicap Index (VHI)* em hebraico

O instrumento original em língua inglesa foi primeiramente traduzido para o hebraico por quatro indivíduos altamente proficientes na escrita e fala da língua inglesa e sem conhecimento específico da área. Obteve-se quatro traduções diferentes. Depois disso, o material foi retrotraduzido para o hebraico por indivíduos

proficientes na língua. Por fim, as quatro versões em língua inglesa foram comparadas ao instrumento original, resultando em um único instrumento, submetido a uma banca composta por quatro juízes bilíngues, que confirmaram a versão final (AMIR et al., 2006).

2.4.3 *Voice Handicap Index (VHI)* em espanhol

Realizou-se uma única tradução do inglês para o espanhol. Os itens presentes no protocolo foram discutidos pelos autores e outros profissionais da área de distúrbios da voz. Posteriormente, foram sugeridas alterações de algumas expressões com base em diferenças culturais e linguísticas (NÚÑEZ-BATALLA et al., 2007).

2.4.4 *Voice Handicap Index (VHI)* em árabe

O protocolo original foi traduzido para o árabe por dois fonoatras bilíngues. Tal versão foi enviada para revisão e retrotradução por um tradutor profissional, que retornou o material aos autores do estudo, para eventuais sugestões. Consolidou-se uma versão piloto do instrumento, aplicada a dez indivíduos com distúrbios de voz, que tinham como objetivo sugerir possíveis alterações durante a aplicação do questionário. Após serem consideradas as sugestões, obteve-se a versão final do instrumento (SALEEM; NATOR, 2010).

2.4.5 *Voice Handicap Index (VHI)* em grego

O instrumento foi traduzido do inglês para o grego por dois fonoaudiólogos proficientes no par de línguas. Obteve-se, assim, duas traduções, posteriormente sintetizadas em uma única com auxílio de um moderador. A versão unificada foi retrotraduzida por um tradutor profissional e então enviada a um dos autores para revisão e sugestões. Depois disso, o questionário foi aplicado a sete indivíduos com distúrbios de voz, que tinham como objetivo sugerir possíveis modificações. Após

consideradas as sugestões, realizou-se uma revisão consenso entre os autores, chegando-se à versão final (HELIDONI et al., 2010).

2.4.6 Voice Handicap Index (VHI) em italiano

A tradução, a retrotradução, a comparação entre essas versões e o original foram realizadas por um tradutor profissional. Depois disso, o protocolo foi aplicado a 30 pacientes. A versão final foi obtida após serem realizadas as alterações sugeridas pelos sujeitos (SCHINDLER et al., 2010).

2.4.7 Voice Handicap Index (VHI) em mandarim

Foram realizadas quatro traduções do original para o mandarim, feitas por três especialistas em voz e um em linguagem. As traduções foram revisadas e modificadas por outros profissionais especializados em voz. As quatro versões foram aplicadas em 30 pacientes disfônicos e 30 pacientes controle, que sugeriram alterações. Posteriormente, as versões foram modificadas de acordo com os hábitos linguísticos e culturais do chinês. O material foi retrotraduzidas independentemente por quatro tradutores profissionais e revisado por um professor universitário. Em seguida, uma única versão em língua inglesa foi confirmada por outra professora. Sua versão correspondente em mandarim tornou-se a versão final (XU et al., 2010).

2.4.8 Voice Handicap Index (VHI) em hindi

O instrumento foi traduzido para o Hindi por um dos coautores. Em seguida, a tradução foi discutida entre os autores e colegas bilíngues pertencentes à área de distúrbio da voz. A fim de localizar imprecisões, a versão foi retrotraduzida para o inglês por um professor (DATTA et al., 2011).

2.4.9 Voice Handicap Index (VHI) em norueguês

A tradução foi realizada por um fonoaudiólogo com a cooperação de um médico, ambos noruegueses. Em seguida, a versão foi avaliada por seis fonoaudiólogos e editada após decisão consenso do grupo. O questionário foi retrotraduzido por uma pessoa que não havia participado das etapas anteriores. A versão final foi aplicada a um grupo controle composto de 126 indivíduos com voz saudável (KARLSEN et al., 2012).

2.4.10 Voice Handicap Index (VHI) em croata

O instrumento foi traduzido independentemente para o croata por dois fonoaudiólogos com experiência na área de voz e por um professor de inglês. Posteriormente, foram realizadas consultas a fim de sanar questões culturais e linguísticas. O questionário foi então retrotraduzido para o inglês por um tradutor profissional. Um fonoaudiólogo e um otorrinolaringologista, experientes na área de voz, proficientes em língua inglesa, compararam as versões e realizaram pequenas alterações. Em seguida, o instrumento foi aplicado em 68 indivíduos, sendo 38 disfônicos e 30 pertencentes ao grupo controle, ou seja, com vozes saudáveis (BONETTI, A; BONETTI, L., 2013).

2.4.11 Voice Handicap Index (VHI) em persa

O protocolo foi traduzido por um fonoaudiólogo e dois tradutores nativos da língua persa, resultando em três traduções independentes. As versões foram discutidas por um comitê de especialistas, formado por um tradutor, três fonoaudiólogos e um psicólogo especializado em tradução e interpretação de testes psicológicos e psicométricos. Após análise, a tradução foi refinada pelo comitê, que discutiu a clareza da tradução, o uso de palavras comuns em persa e a equivalência conceitual. A retrotradução foi realizada por um tradutor psicólogo, que comparou a versão traduzida com a original. O protocolo traduzido foi aplicado em 15 indivíduos, a fim de evitar possíveis ambiguidades ou incompreensões. Posteriormente, três

itens foram alterados para obter uma tradução mais compreensível e, assim, o comitê chegou a uma versão final por meio de consenso (MORADI et al., 2013).

2.4.12 *Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)* em árabe

O questionário original foi traduzido para o árabe por quatro fonoatras bilíngues. A retrotradução foi realizada por um tradutor profissional e comparada à versão original. O questionário em árabe foi aplicado em dez pais de crianças com problemas de voz que opinaram quanto à tradução do protocolo. Após analisar as sugestões, as devidas alterações foram feitas e chegou-se a uma versão final do instrumento em árabe (SHOEIB et al., 2012).

2.4.13 *Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)* em coreano

A tradução foi realizada por dois professores de inglês e coreano bilíngues. O material foi retrotraduzido por um tradutor profissional qualificado e revisado por dois fonoaudiólogos especialistas em voz. Em seguida, o protocolo foi aplicado em 30 pais de crianças com e sem disfonia para averiguar a clareza e relevância da linguagem, bem como detectar problemas práticos. Por fim, chegou-se à versão final em coreano (PARK, 2013).

2.4.14 *Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)* em espanhol

O protocolo foi traduzido e retrotraduzido. Entretanto, no artigo pesquisado, não são mencionados detalhes quanto ao profissional que realizou as referidas etapas. A comparação entre as versões foi realizada por três especialistas em otorrinolaringologia, consolidando a versão final do instrumento em espanhol (SANZ et al., 2015).

2.4.15 *Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)* em malaio

Um tradutor profissional, experiente e proficiente em inglês e malaio, realizou a tradução, retrotradução e comparação entre as versões do instrumento. A versão em malaio foi enviada para três fonoaudiólogos para que as ambiguidades fossem analisadas. O questionário foi aplicado em dez pais de crianças com problemas de voz a fim de verificar a familiaridade com o conteúdo. Em seguida, chegou-se a uma versão final (DEVADAS et al., 2015).

2.4.16 *Pediatric Voice Handicap Index (pVHI)* em turco

Tanto a tradução quanto a retrotradução foram realizadas por fonoaudiólogos. Quatro profissionais participaram do primeiro processo, e outros quatro da segunda etapa. A comparação entre as versões foi realizada por um tradutor profissional qualificado. Em seguida, o instrumento foi enviado aos pesquisadores para revisões e comentários (ÖZKAN, 2015).

2.4.17 *Voice Disorder Outcome Profile (V-DOP)* em tamil

Na Índia, além de inúmeros dialetos, cerca de 21 língua diferentes são faladas. Devido a isso, houve a necessidade de criar um protocolo para atender a um determinado grupo populacional, nesse caso, um instrumento que avaliasse os aspectos da voz em *Kannada*, língua falada no sul da Índia. Konnai, Jayaramb e Scherer (2010) desenvolveram um protocolo de qualidade de vida acerca da voz, composto por 32 itens que abordam aspectos funcionais, emocionais e orgânicos. O instrumento foi desenvolvido primeiramente em língua inglesa e, subsequentemente, a partir do inglês, os mesmos pesquisadores criaram uma versão em *Kannada*. Ambas as versões foram analisadas por cinco bilíngues, que verificaram a equivalência entre os dois instrumentos.

A partir da versão em língua inglesa do (V-DOP), Mahalingam (2014) criou um instrumento em tamil, língua dravídica também falada no sul da Índia. O processo tradutório foi consolidado da seguinte forma: primeiramente, o próprio pesquisador realizou a tradução do inglês para o tâmil, em seguida, a tradução foi

enviada a uma banca composta por cinco especialistas com mestrado ou doutorado em literatura tamil. Assim, a versão foi comparada ao original individualmente. Cada item do questionário deveria ter 80% de aceitação quanto à sua tradução para que fosse aceito, existindo um consenso entre pelo menos quatro dos cinco membros da banca (MAHALINGAM, 2014).

2.4.18 Voice Activity Participation Profile (VAPP) em italiano

O instrumento foi traduzido por um fonoaudiólogo e um intérprete, ambos bilíngues e cientes sobre o propósito do estudo. As duas traduções foram comparadas por um comitê formado por três fonoaudiólogos especialistas em voz e um laringologista, que chegaram a um consenso e a uma versão unificada das traduções. A retrotradução foi realizada por um professor de inglês bilíngue, que não havia participado das etapas anteriores. O mesmo comitê comparou a retrotradução com a versão original. Em seguida, o instrumento foi aplicado em 17 indivíduos, e, após modificações, chegou-se à versão final do protocolo (FAVA et al., 2014).

2.4.19 Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) em persa

A tradução foi realizada por um tradutor e dois fonoaudiólogos, resultando em versões independentes. Uma banca composta por um tradutor, três fonoaudiólogos e um psicólogo analisou as traduções, gerando uma versão mais refinada. Em seguida, a retrotradução foi realizada por um tradutor e psicólogo e confirmada por outro tradutor independente. O questionário foi aplicado em 20 indivíduos com problemas de voz que sugeriram alterações em três itens, que foram modificados pela banca. Assim, chegou-se à versão final do instrumento (MORADI et al., 2014).

No Quadro 2, podemos observar as etapas dos diferentes processos de tradução e adaptação cultural dos instrumentos acima citados. Todos tiveram o inglês como língua-fonte. Nota-se que, diferentemente do Quadro 1, há a participação de tradutores profissionais em pelo menos uma etapa na maioria dos processos de tradução dos diversos protocolos.

Referências	Instrumento	Língua-alvo	Tradução	Retrotradução	Banca de especialistas	Aplicação
(RUSTON et al., 2015)	VoiSS	Espanhol (Chile)	Dois fonoaudiólogos	Terceiro fonoaudiólogo	Cinco fonoaudiólogos	Aplicado em 15 indivíduos
(AMIR et al., 2006)	VHI	Hebraico	Quatro indivíduos bilíngues	Quatro indivíduos bilíngues	Quatro indivíduos bilíngues	-
(NÚÑEZ-BATALLA et al., 2007)	VHI	Espanhol	Realizada por um indivíduo não especificado	-	Composta por especialistas da voz. Número não especificado.	-
(SALEEM; NATOR, 2010)	VHI	Árabe	Dois foniatrias bilíngues	Um tradutor profissional	-	Aplicado em dez indivíduos
(HELIDONI et al., 2010)	VHI	Grego	Dois fonoaudiólogos	Um tradutor profissional	-	Aplicado em sete indivíduos
(SCHINDLER et al., 2010).	VHI	Italiano	Um tradutor profissional	Um tradutor profissional	-	Aplicado em 30 indivíduos
(XU et al., 2010)	VHI	Mandarim	Três especialistas em voz e um em linguagem.	Quatro tradutores profissionais	Especialistas em voz. Número não especificado.	Aplicado em 30 indivíduos
(DATTA et al., 2011)	VHI	Hindi	Dois coautores	Um professor	-	-
(KARLSEN et al., 2012)	VHI	Norueguês	Um fonoaudiólogo e um médico	Realizada por um indivíduo não especificado.	Seis fonoaudiólogos	Aplicado em 126 indivíduos
(BONETTI, A.; BONETTI, L., 2013)	VHI	Croata	Dois fonoaudiólogos e um professor de inglês.	Um tradutor profissional.	-	Aplicado em 68 indivíduos
(MORADI et al., 2013)	VHI	Persa	Um fonoaudiólogo e dois tradutores.	Um tradutor psicólogo.	Um tradutor, três fonoaudiólogos e um psicólogo.	Aplicado em 15 indivíduos.
(SHOEIB et al., 2012)	pVHI	Árabe	Quatro foniatrias	Um tradutor profissional	-	Aplicado em dez indivíduos.

(PARK, 2013)	pVHI	Coreano	Dois professores de inglês	Um tradutor profissional	-	Aplicado em 30 indivíduos.
(SANZ et al., 2015)	pVHI	Espanhol	Realizada, porém, não foram mencionados detalhes.	Realizada, porém, não foram mencionados detalhes. (*)	-	-
(DEVADAS et al., 2015)	pVHI	Malaio	Um tradutor profissional	Um tradutor profissional	Três fonoaudiólogos	Aplicado em dez indivíduos.
(ÖZKAN, 2015)	pVHI	Turco	Quatro fonoaudiólogos.	Quatro fonoaudiólogos. (**)	-	-
(MAHALINGA M, 2014)	V-DOP	Tamil	Traduzido pelo pesquisador	-	Cinco especialistas em literatura tamil.	-
(FAVA et al., 2014)	VAPP	Italiano	Um fonoaudiólogo e um intérprete	Um professor de inglês	Três fonoaudiólogos especialistas em voz e um laringologista.	Aplicado em 17 indivíduos
(MORADI et al., 2014)	V-RQOL	Persa	Um tradutor e dois fonoaudiólogos.	Um tradutor psicólogo (***)	Um tradutor, três fonoaudiólogos e um psicólogo.	Aplicado em 20 indivíduos

(-) Não relatado

(*) Após a retrotradução, o material foi comparado por três especialistas em otorrinolaringologia.

(**) Após a retrotradução, a comparação foi realizada por um tradutor profissional.

(***) Retrotradução confirmada também por um outro tradutor.

Quadro 2– Processos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de autoavaliação sobre voz para outras línguas.

Nota-se que a maioria das versões em outras línguas, presentes no Quadro 2, referem-se ao *VHI*. Além disso, é importante salientar que há uma grande variação metodológica referente ao processo de tradução e adaptação transcultural no que diz respeito às etapas em si, e também, aos profissionais que integram tal processo. Em contraste com o Quadro 1, a presença de um tradutor profissional é encontrada em pelo menos uma etapa metodológica em dez dos 19 processos descritos no Quadro 2. Assim, podemos observar que há uma presença expressiva desse profissional no contexto global, o que difere da realidade encontrada nos artigos que descrevem os processos de tradução e adaptação cultural de instrumentos em Fonoaudiologia, na área de voz, no Brasil.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo é realizar a tradução e adaptação transcultural do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo” para o inglês, com o participação de um grupo de tradutores profissionais em conjunto com especialistas pertencentes à área de Fonoaudiologia.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Após autorização dos autores da versão do instrumento original (RIBEIRO, 2017) (ANEXO A), o projeto inicial foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da FOB/USP, para apreciação do ponto de vista ético, sendo aprovado sob o CAAE 63881517.8.0000.5417 (ANEXO C).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) foram enviados aos tradutores e participantes da banca de especialistas para que os procedimentos envolvidos na realização do processo fossem explanados por meio da leitura e assinatura do documento. É importante salientar, que para os participantes estrangeiros, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em língua inglesa (APÊNDICE C), também foi enviada uma versão em língua inglesa dos dispostos na Resolução CNS nº 466 de 2012.

4.2 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA A LÍNGUA INGLESA

As etapas metodológicas para a tradução e adaptação transcultural do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” encontram-se descritas na Figura 1.

Figura 1-Etapas da tradução e adaptação transcultural do protocolo “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo” para o inglês

4.3 TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA INGLESA

A primeira etapa, tradução do instrumento em língua portuguesa para o inglês, foi realizada pelo autor deste estudo, proficiente em língua inglesa, bacharel em Tradução, especialista no ensino de língua inglesa. O tradutor buscou a terminologia específica no eixo português-inglês e a confirmou em materiais já existentes pertencentes à área, como por exemplo, dicionários especializados e glossários.

4.4 RETROTRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

A segunda etapa, a retrotradução ou *back-translation*, processo inverso que consiste em traduzir do inglês para o português, foi realizada por um segundo tradutor profissional, proficiente em língua inglesa, bacharel em Tradução, pós-graduando na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação Humana, do Programa de Fonoaudiologia e ciente sobre os objetivos deste estudo.

4.5 VERSÃO CONSENSO

A terceira etapa, a versão consenso, foi realizada por uma terceira tradutora, proficiente nas línguas portuguesa brasileira e inglês americano, bacharel em Tradução e Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia.

4.6 BANCA DE ESPECIALISTAS

A última etapa metodológica consistiu no envio da versão consenso a uma banca composta por dez profissionais especialistas na área de voz ou audiolgia, sendo cinco nativos de língua portuguesa brasileira e cinco nativos de língua inglesa americana. Também foram disponibilizadas ao grupo a versão original do protocolo, bem como a tradução e a retrotradução.

É importante observar que, os membros da banca brasileira são todos proficientes nas línguas inglesa e portuguesa, ao passo que, os participantes norte-americanos possuem proficiência apenas em língua inglesa. Portanto, para a análise da qualidade da tradução, foram utilizados parâmetros de avaliação distintos pelos diferentes grupos.

4.7 BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS

Para o protocolo e cada uma das quatro seções auxiliares do material avaliado (1-Apresentação e Instruções; 2-Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala; 3-Questionário I; 4-Questionário II) os especialistas brasileiros completaram um quadro (APÊNDICE D) atribuindo conceitos de zero a dez quanto à tradução. Considerou-se zero como completamente alterado e dez inalterado.

Tais notas foram atribuídas com base nos quatro parâmetros de avaliação a seguir, todos preconizados por Beaton et al. (2000):

a) Equivalência Semântica: deve-se considerar o significado das palavras traduzidas, bem como, sanar possíveis ambiguidades ou questões gramaticais que podem ter surgido no processo tradutório.

b) Equivalência Idiomática: trata-se da adequação de coloquialismos e expressões idiomáticas.

c) Equivalência Experimental: consiste na possibilidade de equacionar situações do original à cultura da língua-alvo, sendo a tradução dos hábitos da vida diária de uma determinada população. Algumas tarefas específicas podem não ser experimentadas por todas as culturas, nesse caso, o item deve ser substituído por outro que faça parte da realidade da cultura-alvo. Pode-se citar como exemplo o uso do garfo na alimentação, que não é realidade em todas as culturas.

d) Equivalência Conceitual: refere-se à validade de um conceito na cultura-alvo. Embora algumas palavras apresentem equivalência semântica, as mesmas podem não apresentar equivalência conceitual, uma vez que o conceito varia de uma cultura para outra. Como exemplo, pode-se citar o conceito da palavra “família”, que varia de uma

cultura para outra, podendo ser um conceito de família nuclear ou extensa (BEATON et. al., 2000).

Além da atribuição de notas por meio dos parâmetros descritos acima, os participantes também sugeriram alterações e realizar comentários acerca da terminologia escolhida e estilística, contribuindo para a validação dos termos técnicos em língua inglesa, pertencentes à área de Fonoaudiologia.

4.8 BANCA DE ESPECIALISTAS NORTE-AMERICANOS

Cinco participantes norte-americanos avaliaram o protocolo e as quatro seções auxiliares (1-Apresentação e Instruções; 2-Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala; 3-Questionário I; 4-Questionário II) por meio de atribuição de notas de zero a dez (APÊNDICE E). Foram considerados aspectos linguísticos e culturais de uma maneira geral, para os quais alterações puderam ser sugeridas pelos participantes, o que contribuiu para a validação dos termos técnicos e, posteriormente, para uma escolha lexical justificada para a versão final do material.

4.9 REVISÃO FINAL

As equivalências no eixo português-inglês foram estabelecidas por meio de discussões entre os especialistas brasileiros e norte-americanos via e-mail. Assim, após as considerações realizadas pelos membros da banca, o pesquisador e sua orientadora ponderaram as alterações sugeridas para que a versão final fosse consolidada.

4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram criados tabelas e gráficos com as médias e os respectivos desvios-padrão das notas atribuídas pela banca de dez especialistas. Realizou-se uma comparação entre o protocolo e as seções auxiliares dentro de cada parâmetro de

avaliação (equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual). Também foram realizadas as comparações entre cada parâmetro dentro de cada seção do protocolo para observar se haveria diferenças estatisticamente significativas. Para tal, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) como critério para medidas repetidas. Como pós-teste, foi utilizado o teste de Tukey, sendo adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 Resultados

5 RESULTADOS

Este capítulo apresentará os resultados deste estudo, explicitando os dados encontrados dentro de cada etapa metodológica. Primeiramente, serão elencadas as discrepâncias encontradas entre a versão original do material e a retrotraduzida. Em seguida, as diferenças entre a tradução em língua inglesa e versão consenso, bem como a descrição das sugestões realizadas pelos dez membros da banca. Além disso, será exposta uma breve comparação entre os termos da primeira versão em língua inglesa que coincidiram com as sugestões realizadas pelos especialistas. E, por fim, será observada a análise estatística por meio de tabelas e gráficos.

5.1 TRADUÇÃO, RETROTRADUÇÃO E VERSÃO CONSENSO

Os exemplos das discrepâncias entre a versão original do protocolo e a retrotradução para o português podem ser observadas na tabela abaixo, com exceção de algumas palavras, tais como artigos e preposições, ou quaisquer outras sugestões que não fossem relacionadas a fatores linguísticos e culturais, mas sim à originalidade, criação, elaboração ou estrutura do material em questão.

Tabela 2 –Discrepâncias entre o material original e sua retrotradução

Seção	Versão original do material (T1)	Retrotradução para o português(T2)
P	“avaliação de voz”	“análise vocal”
P	“sexo”	“gênero”
P	“DN”	“data de nascimento”
P	“velocidade da fala”	“taxa de articulação”
P	“grave”	“baixo”
P	“agudo”	“alto”
P	“comentários”	“observações”
1	“contagem de números de 1 até 10”	“contando de 1 até 10”
1	“desenvolvimento da linguagem”	“desenvolvimento linguístico”
1	“o quanto a fala é compreensível”	“quanto é possível compreender da fala?”
1	“padrão de melodia”	“padrão melódico”
1	“velocidade de fala”	“taxa de articulação”
1	“foco de ressonância”	“foco ressonantal”
1	“a forma como a voz é projetada no espaço”	“o modo como a voz ecoa no espaço”

1	“dando uma característica metálica à voz”	“imprimindo uma característica metálica à voz”
1	“dando sensação de voz fanhosa”	“fazendo a voz parecer nasal”
1	“dando uma sensação de voz infantilizada em adultos”	“imprimindo uma característica infantil à voz do adulto”
1	“ambas devem ser consideradas”	“ambos devem ser levados em conta”
1	“o desvio pode ser para o grave ou para o agudo”	“o desvio pode tender para cima ou para baixo”
1	“ambiente”	“contexto”
1	“instrumento”	“protocolo”
1	“impressão global”	“percepção do todo”
1	“separadamente”	“individual”
1	“escala visual analógica”	“escala analógica visual”
1	“marcação”	“marca”
1	“anotada”	“indicada”
1	“comentários”	“observações”
1	“ficha de avaliação”	“formulário de avaliação”
2	“gerando um som básico”	“emitindo um som genérico”
2	“A fala é o ato motor que expressa a linguagem”	“A fala é responsável por expressar a linguagem”
2	“difícil”	“complicado”
2	“trocas de sons”	“alterações nos sons”
3	“com relação”	“a respeito”
3	“Em relação à sua voz e fala, você as considera:”	“Você considera sua voz e sua fala:”
3	“alterada esporadicamente”	“alterada às vezes”
3	“alterada permanentemente”	“sempre alteradas”
3	“voz com falhas”	“voz falhando”
3	“articulação dos sons da fala prejudicados”	“menor articulação dos sons da fala”
3	“clareza da fala prejudicada”	“falta de clareza na fala”
3	“forma súbita”	“de repente”
3	“forma gradual”	“aos poucos”
3	“esporte”	“exercício físico”
3	“ambiente ruidoso”	“lugares com muito barulho”
3	“festas”	“ir a festas”
3	“frequentemente”	“com frequência”
3	“espirros frequentes”	“espirro constante”
3	“nariz trancado”	“nariz entupido”
3	“ouvir”	“escutar”
3	“alergia nasal - prurido”	“rinite alérgica-coceira”
3	“aumento”	“inchaço”
3	“regurgitação”	“refluxo”

3	“barulho no ouvido”	“ruído no ouvido”
3	“nome da criança”	“nome do filho”
3	“seu filho”	“seus filhos”

P) – Protocolo, 1) Apresentação e instruções; 2) Definições de voz, fala e problemas de voz; 3) Questionários I e II; T1- Tradutor 1; Tradutor 2

Após o método de tradução e retrotradução, uma terceira tradutora (T3), também formada em Tradução e doutora em Fonoaudiologia, realizou a versão consenso em língua inglesa, por meio de comparação entre as versões anteriores. A T3 corrigiu possíveis erros, realizou alterações que julgou necessárias, chegando à versão consenso. As principais alterações foram gramaticais e de escolha lexical.

Alguns exemplos das alterações realizadas estão presentes na tabela abaixo:

Tabela 3 – Modificações realizadas por T3 em relação à tradução de T1.

Seções	Exemplo T1	Exemplo T3
P	“DB” (date of birth)	“BD” (birthday)
P	“voice perception”	“vocal perception”
1	“features”	“attributes “
1	“standard of melody”	“melody pattern”
1	“variation of frequency”	“frequency variation”
1	“The manner in which the voice echoes into space.”	“The way in which the voice is projected into space.”
1	“perform”	“check”
1	“gives the voice of adults a childish feature”	“causes a sensation of childish voice in adults”
1	“his/her mouth”	“the mouth”
1	“hearable”	“audible”
1	“context features”	“environmental features”
1	“the general impression of voice”	“the general vocal perception”
2	“expresses a language”	“expresses language”
2	“vocal problem”	“voice problem”
2	“impedes”	“hinders”
3	“smoke from cigarettes”	“cigarette smoke”
3	“noisy places”	“noisy environment”

3	"party"	"parties"
3	"the vocal quality"	"vocal quality"
3	"from your nose"	"in your nose"

P) Protocolo; 1) Apresentação e instruções; 2) Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala; 3) Questionários; T1- Tradutor 1; T3- Tradutor 3.

5.2 ANÁLISE DA VERSÃO CONSENSO PELA BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS E NORTE-AMERICANOS

A banca de especialistas foi composta por dez profissionais fonoaudiólogos com vasta experiência nas áreas de voz ou deficiência auditiva, sendo que cinco deles são brasileiros e os outros cinco norte-americanos.

Os profissionais realizaram alterações principalmente quanto aos termos técnicos e estilística. Seguem abaixo cinco tabelas correspondentes às seções do material, contendo todas as alterações sugeridas pelos especialistas, com exceção de algumas palavras, tais como artigos e preposições, ou quaisquer outras sugestões que não fossem relacionadas a fatores linguístico e culturais, mas sim à originalidade, criação, elaboração ou estrutura do material em questão.

5.2.1 Protocolo

Tabela 4 –Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso no "Protocolo".

Versão consenso	Participantes brasileiros	Participantes norte-americanos
"protocol for the evaluation of the voice of hearing-impaired subject"	-	"protocol for the evaluation of voice in hearing-impaired subjects" (P6) "protocol for the evaluation of vocal quality for subjects with a hearing impairment" (P8)
"BD"	-	"DOB" (P6,P8)
"suprasegmental aspects of voice"	-	"suprasegmental features of voice" (P7) "speech" (P9)
"they should only be evaluated"	"to be evaluated only" (P1) "they should be assessed only" (P5)	"only evaluate" (P6) "only use" (P8)

“spontaneous conversation”	“conversational speech” (P1)	-
“pneumophonic coordination”	“speech-breathing coordination” (P1) “coordination of respiration and phonation” (P4)	“respiratory –laryngeal coordination” (P7)
“weak”	“soft” (P1,P4)	-
“strong”	“loud” (P1,P4)	-
“none”	-	“absent” (P8)
“general vocal perception”	“overall vocal impression” (P1)	-

P= participante

5.2.2 Apresentação e Instruções

Tabela 5 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Apresentação e Instruções”.

Versão consenso	Participantes brasileiros	Participantes norte-americanos
“presentation and instructions”	-	“instructions” (P6)
“hearing-impaired”	“hearing-impaired individuals” (P1,P2) “hearing-impaired subjects”(P3) “individuals with hearing impairment” (P4)	“hearing-impaired population” (P7,P9, P10) “subjects with a hearing impairment” (P8)
“evaluation”	“assessment”(P4)	“assessment”(P9)
“attributes”	-	“characteristics” (P7, P8, P9)
“samples of speech”	“speech samples”(P1, P2, P3)	“speech samples” (P6, P8, P9)
“filled”	“filled in” (P2) “filled out” (P3)	“completed” (P6, P8)
“3 to 5 seconds duration”	“duration of 3 to 5 seconds”	“for 3 to 5 seconds duration” (P6) “3 to 5 seconds” (P7)
“counting from 1 to 10”	“counting numbers from 1 to 10” (P1)	-
“theme”	-	“prompt” (P7) “topic” (P10)
“in the case this is not possible”	-	“in the event that this is not possible” (P10)
“spontaneous speech”	“conversational speech” (P1)	-
“this is not possible due to the level of language development”	“child’s level development does not allow that”(P5)	-

"the rater is free to collect the possible sample"	-	"the rater is free to collect whatever sample possible" (P6) "the rater is free to collect any appropriate speech sample" (P10)
"suprasegmental aspects of voice"	-	"suprasegmental aspects of speech" (P6) "suprasegmental features of voice" (P7) "speech" (P9)
"how understandable"	"how clear" (P4)	"how well" (P8)
"correct production"	-	"accuracy and precision" (P9)
"sounds of speech"	"speech sounds" (P1)	"speech sounds" (P7, P8, P9)
"melody pattern"	-	"melodic pattern" (P8, P9)
"frequency"	-	"pitch" (P7, P9)
"fast rate or slow rate of speech in a sentence"	"how fast or slow the speech is in a sentence" (P1)	"fast or slow rate in connected speech" (P7) "how fast or slow speech is produced within a sentence" (P8)
"pneumophonic coordination"	"speech-breathing coordination" (P1) "coordination of respiration and phonation" (P4)	"respiratory-laryngeal coordination" (P7) "respiratory-phonatory coordination" (P9)
"mixed characteristic"	-	"mixed quality" (P7)
"check"	-	"select" (P8)
"resonance focus"	"resonance" (P1)	"resonance" (P9)
"the way in which"	"how" (P2, P3)	
"the voice is projected into space"	-	"sound is amplified" (P9)
"low resonance focus"	-	"locus of sound is centered in the larynx" (P9)
"stuck"	"tight" (P1) "muffled" (P3)	
"use of nasal cavity"	-	"airflow through nasal cavity" (P9)
"metal feature"	"metallic quality" (P1) "metallic feature" (P5)	-
"which causes a sensation of a nasal voice"	-	"resulting in a nasal obstruction sound quality" (P9) "which causes a perceived nasal voice" (P10)

"hyponasality"	"denasality" (P4)	-
"sensation"	-	"perception" (P7, P8, P10)
"ignored"	"disregarded" (P1)	-
"excessively anterior"	"excessively oral"(P1)	-
"oral resonance focus"	-	"locus of sound in the anterior oral cavity"(P9)
"anteriorized tongue"	"anterior tongue"(P1)	"places their tongue anteriorly during speech" (P7)
"childish"	"child-like" (P5)	"child-like" (P9)
"it resembles someone"	"resembling" (P1)	"it is perceived as " (P10)
"excessively posterior"	"cul-de-sac nasality" (P4)	-
"posteriorized sound"	"dead-end resonance"(P4)	"the resonance focus is in the posterior oral space" (P10)
"phonatory"	"vocal" (P1)	-
"irregularity in the sound source"	"irregularity in the voicing source"(P1, P3) "irregularity in the source"(P2) "perception of aberrant vocal fold vibration" (P5)	-
"it may be short or long during the same emission"	"which may be short-term or long-term in the same emission" (P1)	"it may begin as smooth and end as rough, or begin loud and end soft" (P9)
"considered"	-	"assessed" (P10)
"frequency"	"pitch instability"(P4)	"pitch" (P7)
"intensity"	"loudness instability"(P4)	"loudness"(P7)
"emission"		"production" (P7,P8)
"evince"	"evidence" (P1,P2,P3)	"mean" (P6) "evidence" (P10)
"strong"	"loud"(P1, P4)	-
"weak"	"soft" (P1, P4)	-
"attribute"	"characteristic" (P1)	-
"approached"	"assessed" (P3)	"assessed" (P7) "addressed" (P8, P9)
"general vocal perception"	"overall vocal impression" (P1)	-
"the global integrated perception of voice deviation"	-	"The overall integrated perception of voice"

		deviation" (P10)
"pneumophonic coordination"	"speech-breathing coordination" (P1) "coordination of respiration and phonation" (P4)	"respiratory-laryngeal coordination" (P7)
"the separate evaluation of every parameter"	"evaluation of all parameters separately" (P3) "every parameter is separately assessed" (P5)	-
"(if there is one)"		"(if applicable)" (P9) "(if there are any)" (P10)
"analogue"	-	"analog" (P8)
"have"	"be followed by" (P1)	-
"deviation normality"	-	"deviation from normal" (P6, P8, P9)
"small mark"	"tic mark" (P1,P3,)	-
"(scratch)"	-	"(tic)" (P6) "(notch)" (P8) "(slash)" (P9)
"rising"	"increasing" (P1)	-
"higher"		"greater" (P7)
"defined as medium or adequate"	-	"defined as average vocal quality" (P8)
"intermediate point"	-	"middle point" (P7)
"noted"	"registered" (P3)	-

P= participante

5.2.3 Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala

Tabela 6 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção "Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala".

Versão consenso	Participantes brasileiros	Participantes norte-americanos
"chords"	"cords" (P4)	"cords" (P6, P9)
"with the speech during its way out to the environment"	-	"after the structures in the mouth shape the sound during its way out to the environment" (P7) "with the speech during its way out into the environment" (P10)

“emitting”	-	“generating” (P9)
“gains volume and meaning”	-	“develops volume and meaning” (P9)
“sound that comes from the larynx”	-	“generated from the larynx” (P9)
“articulated”	-	“shaped” (P9)
“problem”	-	“disorder” (P8)
“weak or strong”	“soft or loud” (P1)	“pitch and loudness deviations” (P10)
“besides”	“in addition” (P1)	“additionally” (P9, P10)
“lately”	-	“recently” (P6, P9)
“tiredness when speaking”	“vocal fatigue” (P3)	“vocal fatigue” (P8, P9) “fatigue” (P10)
“too”	“excessively” (P3)	“excessively” (P8)
“when you use it more often”	-	“when you speak more often” (P6)
“complicates or hinders the production of sounds that form words and phonemes”	“makes the production of sounds that form words and phonemes difficult or impossible” (P3)	-
“movements of articulation”	-	“movements of the articulators” (P7) “articulatory movement” (P9)

P= participante

5.2.4 Questionário I

Tabela 7 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Questionário I”.

Versão consenso	Participantes brasileiros	Participantes norte-americanos
“As for your voice and speech, you consider them.”	“About your voice and speech, you consider them.” (P2) “Related to your voice and speech, you consider them.” (P3)	“Do you consider you voice and speech:” (P7) “Do you consider your speech:” (P8) “As for your voice and speech, do you consider them:” (P9) “How do you consider your speech and voice?” (P10)
“normal”	-	“average/typical” (P8)
“Do you notice any of these characteristics in your voice	-	“Please, rate how often you notice the listed vocal

and/or speech?"		characteristics in your own speaking voice by placing a check in the box that applies." (P8)
"voice failures"	"voice breaks" (P1)	"voice stoppages" (P7)
"low/weak voice"	"soft/weak voice" (P1) "weak voice" (P2,P3)	-
"very loud voice (strong)"	"voice too loud" (P1) "very loud voice" (P2)	-
"undermined articulation of the sounds of speech"	"impaired articulation of speech sounds" (P1) "undefined articulation of the sounds of speech" (P3) "altered articulation of the speech sounds" (P5)	"impaired articulation of speech sounds" (P7) "imprecise/unclear articulation of the sounds of speech" (P8) "reduced articulation of the sounds of speech" (P10)
"undermined speech clarity"	"impaired speech clarity" (P1) "undefined speech clarity" (P3) "altered speech clarity" (P5)	"reduced speech clarity" (P7, P10) "reduced speech intelligibility" (P8)
"too fast speech"	"speaking too fast" (P1)	"rapid rate of speech" (P8) "too fast of speech" (P9) "rapid speech rate" (P10)
"too slow speech"	"speaking too slow" (P1)	"reduced/slow rate of speech" (P8) "too slow o of speech" (P9) "slow speech rate" (P10)
"In which situations and how long have you noticed your vocal and speech alterations?"	"For how long and in which situations have you noticed your vocal and speech alterations?" (P1) "In which situations and how long have you noticed your voice and speech alterations?" (P3)	"For how long have you noticed your vocal and speech alterations?" (P9)
"since the beginning of speech"	"since I began to speak" (P5)	"as long as I can remember" (P9)
"for one month to a year"	-	"for one month- a year" (P6)
"from the factors listed below"	-	"from the situations listed below" (P9)
"parties"	"parties and/or hang outs" (P2)	
"flu or cold"	-	"illness" (P8)
"there are no factors that modify vocal quality"	-	"there are no factors that modify my vocal quality" (P7) "there are no known triggers that modify vocal quality" (P9)
"have"	-	"experience"(P8)

“coryza”	-	“common cold/flu” (P7) “rhinitis” (P9)
“stuffy nose”	-	“congestion” (P8) “nasal congestion” (P9)
“nasal allergy – pruritus”	-	“nasal allergies” (P6, P8)
“phlegm in your nose”	-	“post-nasal drip” (P9)
“tinnitus or noise in your ear”	-	“tinnitus or ringing in your ear” (P8) “tinnitus or ringing noise in your ear” (P10)
“Treatments already used for voice and/or speech.”	-	“What voice and/or speech treatments have you already participated in?” (P10)
“larynx surgery”	“laryngeal surgery” (P1)	“laryngeal surgery” (P8)

P= participante

5.2.5 Questionário II

Tabela 8 – Modificações realizadas pelos especialistas em relação à versão consenso na seção “Questionário II”.

Versão consenso	Participantes brasileiros	Participantes norte-americanos
“questionnaire about the opinion of parents on the voice and speech characteristics of their child”	“parents-related opinion about voice and speech characteristics of their children questionnaire” (P3)	“questionnaire about parent’s opinion of their child’s voice and speech characteristics” (P6) “parent rating scale regarding perception of vocal quality of your child” (P8)
“name”	-	“name of caregiver” (P9)
“name of the child”	-	“name of child” (P9)
“as for your child’s voice and speech, you consider them”	“about your child’s voice and speech, you consider them” (P2) “related to your child’s voice and speech, you consider them” (P3)	“do you consider your child’s voice” (P8) “regarding your child’s voice, do you consider them” (P9) “How do you consider your child’s voice and speech?” (P10)
“normal”	-	“average” (P8)
“voice failures”	“voice breaks” (P1)	“voice stoppages” (P7)
“low/weak voice”	“soft/weak voice” (P1) “weak voice” (P2,P3)	

"very loud voice (strong)"	"voice too loud" (P1) "very loud voice" (P2)	
"undermined articulation of the sounds of speech"	"impaired articulation of speech sounds" (P1) "undefined articulation of the sounds of speech" (P3) "altered articulation of the speech sounds" (P5)	"misarticulation of the sounds of speech" (P6) "impaired articulation of speech sounds" (P7) "imprecise/unclear articulation of the sounds of speech" (P8)
"undermined speech clarity"	"impaired speech clarity" (P1) "undefined speech clarity" (P3) "altered speech clarity" (P5)	"decreased speech clarity" (P6) "reduced speech clarity" (P7) "reduced speech intelligibility" (P8)
"too fast speech"	"speaking too fast" (P1)	"rapid rate of speech" (P8) "too fast of speech" (P9)
"too slow speech"	"speaking too slow" (P1)	"reduced/slow rate of speech" (P8) "too slow of speech" (P9)
"In which situations and how long have you noticed your vocal and speech alterations?"	"For how long and in which situations have you noticed your vocal and speech alterations?" (P1) "In which situations and how long have you noticed your voice and speech alterations?" (P3)	-
"since the beginning of speech"	"since he/she began to speak" (P5)	-
"for one month to a year"	-	"for one month – a year" (P6)
"from the factors listed below, check the ones that affect your child's voice"	-	"from the situations listed below, check the ones that affect your child's voice" (P9)
"there are no factors that modify my child's voice"	-	"there are no know triggers that modify my child's voice" (P9)
"flu or cold"	-	"illness" (P8)
"have"	-	"experience" (P8)
"coryza"	-	"common cold/flu" (P7) "rhinitis" (P9)
"stuffy nose"	-	"congestion" (P8) "nasal congestion" (P9)
"nasal allergy – pruritus"	-	"nasal allergy" (P6, P8)
"phlegm in your nose"	-	"post-nasal drip" (P9)
"tinnitus or noise in your ear"	-	"tinnitus or ringing in your ear" (P8)
"Treatments already used for voice and/or speech."	-	"What treatments has your child participated in for

voice/and/or speech?" (P10)		
"larynx surgery"	"laryngeal surgery" (P1)	"laryngeal surgery" (P8)

P= participante

5.3 TERMOS COINCIDENTES NA PRIMEIRA VERSÃO E PELAS BANCAS DE ESPECIALISTAS

A tabela a seguir tem por objetivo explicitar a presença de termos presentes na primeira versão do material em língua inglesa que foram posteriormente alterados na versão consenso, porém, sugeridos novamente por alguns dos membros da banca de especialistas.

Tabela 9 – Modificações realizadas pelos especialistas coincidentes com a primeira versão em língua inglesa.

Primeira versão em língua inglesa	Versão consenso	Sugestões pelos especialistas
"This protocol is a tool for the auditory-perceptual evaluation of the voice of hearing-impaired subjects ."	"This protocol is a tool for the auditory-perceptual evaluation of voice of the hearing-impaired ."	"hearing-impaired individuals" (P1,P2) " hearing-impaired subjects "(P3) "individuals with hearing impairment" (P4) "hearing-impaired population" (P7,P9, P10) "subjects with a hearing impairment" (P8)
"the general impression of voice"	"the general vocal perception "	"overall vocal impression " (P1)
"analog"	"analogue"	"analog" (P8)

5.4. AVALIAÇÃO DA VERSÃO CONSENSO PELA BANCA DE ESPECIALISTAS BRASILEIROS E NORTE-AMERICANOS

Primeiramente, analisaremos as médias das notas atribuídas pelos cinco especialistas brasileiros para o protocolo e seções auxiliares do material traduzido. Vale ressaltar que cada participante pôde atribuir uma nota de zero a dez, de acordo com cada parâmetro (equivalência semântica, equivalência conceitual, equivalência idiomática e equivalência experimental).

Tabela 10 – Comparação entre as médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros para o protocolo e demais seções.

Seções	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Protocolo	9,15	0,65	8,50	10	8,50	9,25	9,75
Apresentação e instruções	7,80	1,19	5,75	8,75	6,87	8	8,62
Definições de Voz, Fale e Problemas de Voz	9,30	0,84	8	10	8,50	9,50	10
Questionário I	9,00	0,61	8,50	10	8,50	9	9,50
Questionário II	9,00	0,61	8,50	10	8,50	9	9,50

A análise de variância entre o protocolo e as seções auxiliares avaliadas pelos especialistas brasileiros, considerando todos os parâmetros em conjunto, apresentou resultado significativo (0,003) e o teste Tukey indicou que a nota da seção de “Apresentação e Instruções” foi diferente das demais (Tabela 11) e os dados da Tabela 10 indicam que a média de notas desta seção foi menor do que as demais.

Tabela 11 – Teste Tukey –comparação entre as médias atribuídas pela banca de especialistas brasileiros para o protocolo e demais seções.

SEÇÕES	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
Protocolo		0,007773	0,991062	0,991062	0,991062
Apresentação e Instruções	0,007773		0,003235	0,018796	0,018796
Definições de Voz, Fala e Problemas de Voz	0,991062	0,003235		0,895812	0,895812
Questionário I	0,991062	0,018796	0,895812		1,000000
Questionário II	0,991062	0,018796	0,895812	1,000000	

A análise de variância entre os quatro parâmetros de avaliação pelos especialistas brasileiros, considerando todas o protocolo e as seções auxiliares em conjunto (Tabela 12), não apresentou resultado significativo ($p=0,25$).

Tabela 12 – Médias das notas para cada parâmetro, considerando o protocolo e as seções.

Parâmetros de avaliação	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Equivalência Semântica	8,44	1,23	6,60	9,60	7,20	9	9,40
Equivalência Idiomática	8,52	1,29	6,60	9,60	7,20	9,20	9,50
Equivalência Experimental	9,24	0,41	8,80	9,60	8,80	9,40	9,60
Equivalência Conceitual	9,20	0,37	8,80	9,60	8,80	9,40	9,50

Embora a análise de variância entre os quatro parâmetros não tenha apresentado valores significantes de forma global, analisando tais parâmetros dentro de cada seção, obteve-se um valor estatisticamente significativo na seção “Apresentação e Instruções”, com $p=0,04$, e o teste Tukey indicou que esta diferença se deu entre os parâmetros “Equivalência Semântica” e “Equivalência Experimental” (Tabela 15). Os valores da média da Tabela 14 permitem afirmar que a nota atribuída para “Equivalência Semântica” foi menor.

Tabela 133 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros ao “Protocolo”

Protocolo	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Equivalência Semântica	8,80	1,30	7	10	7,50	9	10
Equivalência Idiomática	9,00	1,41	7	10	7,50	10	10
Equivalência Experimental	9,40	0,55	9	10	9	9	10

Equivalência Conceitual	9,40	0,55	9	10	9	9	10
Total	9,15	0,65	8,50	10	8,50	9,25	9,75

Tabela 14 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Apresentação e Instruções”

Apresentação e instruções	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Equivalência Semântica	7,00	1,87	4	9	5,50	7	8,50
Equivalência Idiomática	7,20	1,92	4	9	5,50	8	8,50
Equivalência Experimental	8,60	0,55	8	9	8	9	9
Equivalência Conceitual	8,40	0,89	7	9	7,50	9	9
Total	7,80	1,19	5,75	8,75	6,87	8	8,62

Tabela 15 – Teste Tukey –comparação entre os parâmetros de avaliação na seção “Apresentação e Instruções”.

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO	{1}	{2}	{3}	{4}
Equivalência Semântica		0,986100	0,078636	0,137323
Equivalência Idiomática	0,986100		0,137323	0,231444
Equivalência Experimental	0,078636	0,137323		0,986100
Equivalência Conceitual	0,137323	0,231444	0,986100	

As análises de variância entre os parâmetros de avaliação nas demais seções avaliadas pelos especialistas brasileiros (Tabelas 15 a 18) não indicaram diferenças, uma vez que os valores de p foram; para o Protocolo = 0,68, para Definições de Voz,

Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala” = 0,92, para os Questionários I e II = 0,19.

Tabela 14 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala”

Definições de Voz, Fala, Problemas de Voz e Problemas de Fala	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Equivalência Semântica	9,20	1,10	8	10	8	10	10
Equivalência Idiomática	9,20	1,10	8	10	8	10	10
Equivalência Experimental	9,40	0,89	8	10	8,50	10	10
Equivalência Conceitual	9,40	0,89	8	10	8,50	10	10
Total	9,30	0,84	8	10	8,50	9,50	10

Tabela 15 – Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Questionário I”

Questionário I	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Equivalência Semântica	8,60	1,14	7	10	7,50	9	9,50
Equivalência Idiomática	8,60	1,14	7	10	7,50	9	9,50
Equivalência Experimental	9,40	0,55	9	10	9	9	10
Equivalência Conceitual	9,40	0,55	9	10	9	9	10
Total	9,00	0,61	8,50	10	8,50	9	9,50

Tabela 16 - Médias das notas atribuídas pelos especialistas brasileiros à seção “Questionário II”

Questionário II	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75

Equivalência Semântica	8,60	1,14	7	10	7,50	9	9,50
Equivalência Idiomática	8,60	1,14	7	10	7,50	9	9,50
Equivalência Experimental	9,40	0,55	9	10	9	9	10
Equivalência Conceitual	9,40	0,55	9	10	9	9	10
Total	9	0,61	8,50	10	8,50	9	9,50

Em relação à banca de fonoaudiólogos norte-americanos especialistas em voz, deve-se salientar que os parâmetros de avaliação não foram os mesmos utilizados pela banca de especialistas brasileiras, uma vez que a banca americana não possui proficiência em língua portuguesa, o que impossibilitaria comparações entre o par português-inglês. Assim, as avaliações e sugestões por eles realizadas foram pautadas em parâmetros globais, tais como a análise linguística, cultural e terminológica em língua inglesa.

Nota-se que a banca de especialistas norte-americanos apresentou maior exigência quanto à versão em língua inglesa das seções “Definições de Voz, Fala e Problemas de Voz”, “Questionário I” e “Questionário II”.

Tabela 17 – Médias das notas atribuídas para cada seção pelos cinco especialistas norte-americanos ($p=0,22$).

Seções	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50 (Mediana)	75
Protocolo	8,20	1,09	7	10	7,50	8	9
Apresentação e Instruções	8,00	1,22	7	10	7	8	9
Definições de voz e fala	7,60	0,55	7	8	7	8	8
Questionário I	7,60	0,89	7	9	7	7	8,50
Questionário II	7,60	0,89	7	9	7	7	8,50

Gráfico 1 – Comparação entre as médias atribuídas pelos participantes brasileiros e pelos norte-americanos para cada seção.

Após considerar todas as alterações sugeridas pelos 10 membros das bancas de especialistas (Tabelas 4 a 8), o autor deste estudo e sua orientadora refletiram sobre a pertinência dos termos sugeridos, bem como seus valores conceituais dentro da área de Fonoaudiologia, chegando, assim, a uma versão mais refinada e final da tradução em língua inglesa do instrumento “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA), cujo título passou a ser *Protocol for the Evaluation of Voice in Subjects with Hearing Impairment (PEV-SHI)* (APÊNDICE F) e das seções auxiliares (APÊNDICE G).

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Embora existam dois protocolos de avaliação da voz do deficiente auditivo publicados (PINHO, 1990; ORMEZZANO et al., 2001), na literatura consultada, não foram encontrados estudos que utilizassem esses instrumentos, o que torna o protocolo PAV –DA, objeto de estudo desta dissertação, um instrumento único para a avaliação da voz do deficiente auditivo validado em português brasileiro (RIBEIRO, 2017). Tal fato justifica a importância do desenvolvimento desta pesquisa.

Deve-se salientar que a língua para o qual o material foi traduzido (inglês), foi escolhida devido ao seu grande impacto global em diferentes populações, já que é considerada a língua da ciência, língua em ascensão em diversos países, seja pela difusão de seu ensino em contextos públicos ou privados, pelo turismo, pela influência da mídia ou pelo fato de desempenhar um papel de comunicação essencial no âmbito relacionado a atividades econômicas (RAJAGOPALAN; SILVA, 2004). Diante disso, a versão em língua inglesa do referido protocolo possui condições de atingir os mais diversos grupos populacionais, possibilitando que profissionais do contexto internacional tenham acesso a um instrumento capaz de avaliar a qualidade da voz do deficiente auditivo.

Embora as normas metodológicas para o processo de tradução e adaptação cultural mais adotadas sejam as preconizadas por Guillemin (1993) e Beaton et al. (2000), que incluem, em suma, as etapas de tradução, retrotradução, versão consenso, apreciação por uma banca de especialistas e pré-teste, pode-se observar nos Quadros 1 e 2 que não existe um procedimento único adotado em âmbito nacional e global. As orientações preconizadas pela OMS, que consistem em um processo tradutório composto por tradução, envio a uma banca de especialistas, retrotradução, pré-teste junto à entrevista cognitiva e elaboração da versão final também não são seguidas de forma padronizada, o que evidencia uma grande variação metodológica para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área de saúde, mais especificamente em Fonoaudiologia, na subárea de voz (Quadros 1 e 2).

Nesse sentido, podemos destacar variações quanto a cada fase do processo de tradução e adaptação transcultural. Primeiramente, nota-se que nem todos os protocolos passaram pela análise de uma banca composta por especialistas, como

por exemplo, os seguintes protocolos traduzidos e adaptados para o português brasileiro: QVV-P (RIBEIRO; PAULA; BEHLAU, 2014), QSV-P (KHROLING et al., 2016), QVT^{HPM} (SANTOS et al., 2015). E, em âmbito internacional: *VHI* em árabe (SALEEM; NATOR, 2010), *VHI* em grego (HELIDONI et al., 2010), *VHI* em italiano (SCHINDLER et al., 2010), *VHI* em hindi (DATTA et al., 2011), *VHI* em croata (BONETTI, A.; BONETTI, L., 2013), *pVHI* em árabe (SHOEIB et al., 2012) e *pVHI* em coreano (PARK, 2013). Quanto ao processo de retrotradução, pode-se notar que o V-DOP para o tâmil, foi o único instrumento que não adotou tal etapa (MAHALINGAM, 2014).

Existem, ainda, distinções quanto aos perfis dos participantes que integraram tanto as etapas de tradução, retrotradução, versão consenso ou participação na banca de especialistas. Em âmbito nacional, há uma predominância de dois fonoaudiólogos bilíngues para a etapa de tradução, um professor de inglês para a retrotradução e cinco especialistas em voz para compor a banca de especialistas. Deve-se salientar, entretanto, que a predominância de tal composição pode ser explicada pelo fato de a maioria dos protocolos de voz, no Brasil, serem validados por profissionais pertencentes a um mesmo grupo de pesquisa (GASPARINI, BEHLAU, 2009; MORETI et al., 2011; PAULINELLI et al., 2012).

Quanto aos participantes em contexto internacional, podemos notar que existe uma variação ainda maior. Para a etapa de tradução, não existe a predominância de um único profissional, mas sim uma diversidade de fonoaudiólogos, indivíduos bilíngues, tradutores profissionais, médicos, professores de inglês, foniatras e intérpretes (AMIR et al., 2006; KARLSEN et al., 2012; PARK, 2013). Para a retrotradução, há a predominância de tradutores profissionais, e para a composição da banca de especialistas, a maior ocorrência é de fonoaudiólogos. Vale ressaltar que a presença de um tradutor profissional em uma das etapas só ocorreu em contexto global (HELIDONI et al., 2010; SHOEIB et al., 2012; DEVADAS et al., 2015).

Tais variações metodológicas encontram-se em consonância com as afirmações presentes em estudos mais recentes, como o de Epstein, Santo e Guillemin (2015), que afirmam não haver um “padrão ouro” de metodologia para a tradução e adaptação cultural de um instrumento na área da saúde.

Para esta pesquisa, foi utilizada a metodologia que engloba uma tradução inicial do material para a língua inglesa, retrotradução para o português, versão consenso em inglês realizada por meio de comparação entre as versões anteriores e, posteriormente, envio da mesma para uma banca de especialistas composta por cinco brasileiros e cinco norte-americanos, todos especialistas em voz ou audiologia.

Como pode ser observado na Tabela 1, não houve grandes discrepâncias em relação ao material original e sua versão retrotraduzida, com exceção dos termos “grave” e “agudo”, que foram retrotraduzidos respectivamente como “baixo” e “alto”, uma vez que os termos *low* e *high* do inglês possibilitam uma abrangência de significados. Entretanto, para se referir às sensações psicofísicas da frequência fundamental, os termos mais adequados são “grave” e “agudo”. Embora existam controversas, Epstein, Santo e Guillemín (2015) afirmam que o processo de retrotradução não agrega grande valor ao processo de tradução e adaptação transcultural, entretanto, deve-se mantê-la em situações que não permitam a existência de uma banca de especialistas bilíngues.

Como pode ser observado na Tabelas 2, também não houve grandes discrepâncias entre a primeira versão em língua inglesa e a versão consenso. Na maioria dos casos, trata-se de substituições sinonímicas, o que pode ocorrer por convencionalidade ou preferência do tradutor (BARROS, 2007).

Em contrapartida, obteve-se um grande número de sugestões feitas pela banca de especialistas, tanto pelos brasileiros quanto pelos norte-americanos, assim observado nas Tabelas 3 a 7. É importante destacar que uma considerável parte dessas sugestões está relacionada a uma terminologia específica da área de Fonoaudiologia, o que evidencia a importância da participação desses profissionais no processo tradutório, auxiliando o tradutor quanto à escolha mais adequada concernente a termos técnicos.

Para a versão final do material, foram necessárias, além da tradução em si, adaptações das seções da língua portuguesa para a língua inglesa durante todo o processo tradutório e após a apreciação das sugestões realizadas pela banca de especialistas. Abaixo estão elencadas algumas situações que nos levaram a refletir sobre uma escolha lexical, estilística ou cultural mais satisfatória.

I) Embora não represente a maioria das sugestões, optamos por substituir o segmento *hearing-impaired* por *individuals with hearing-impairment*, visto

que, segundo dois dos especialistas, existe uma cultura em língua inglesa de valorizar o indivíduo, este então, quando referido, deve vir em primeira posição, respeitando a ordem *person-first*, e não *disability-first* (MOLINA; ALBIR, 2002).

II) Não existem vogais nasais em língua inglesa (IOWA, 2001). Portanto, seria redundante manter o segmento “vogal oral”, já que todas as vogais pertencentes ao alfabeto fonético de língua inglesa são orais. Optou-se, assim, por excluí-lo.

III) Os termos *pitch* e *loudness* também utilizados dentro do contexto brasileiro já são oriundos da língua inglesa, portanto, foram mantidos (BEHLAU, 2005).

IV) Segundo os especialistas norte-americanos, a expressão “sensação de batata quente na boca” não faz alusão clara à produção de um som posteriorizado, embora tal expressão pudesse ter sido encontrada em alguns materiais originais em língua inglesa. Assim, resolvemos manter a expressão entre parênteses como caráter explicativo, logo após a definição de “excessivamente posterior” no item “f” da seção auxiliar “Apresentação e Instruções” (MOLINA; ALBIR, 2002).

V) Os termos “coriza” e “prurido” são comuns e recorrentes em língua portuguesa (RIBEIRO, 2017). Entretanto, seus equivalentes em inglês, *coryza* e *pruritus*, que constam em dicionários de língua inglesa, foram termos desconhecidos por todos os membros norte-americanos da banca de especialistas, que são mestres ou doutores em Fonoaudiologia, o que nos leva a supor que um público em geral também não teria o conhecimento desses termos ao responder os questionários. Tais sugestões foram de extrema importância e contribuíram para uma escolha mais adequada dos referidos termos, assim, possibilitando uma tradução que corresponda à realidade do público-alvo. Assim, optamos por substituir, respectivamente, o termo *coryza* por sua definição *inflammation of the nasal cavities*, e *pruritus*, por *itching*, termo mais usual (CORYZA, 2017; PRURITUS, 2017).

VI) Existe uma diferença entre a formação e a atuação do profissional fonoaudiólogo no Brasil e no exterior (AMERICAN SPEECH-HEARING ASSOCIATION, 2017; BRASIL, 1981). A equivalência em língua inglesa para o termo “fonoaudiólogo” pode ser representada por *speech-language pathologist and audiologist*. Entretanto, tal nomenclatura faz menção ao profissional habilitado a atuar tanto nos campos de linguagem, fala, voz, motricidade orofacial e disfagia (*speech-language pathologist*) quanto na área de audiolgia (*audiologist*). Nos questionários, encontra-se a seguinte questão:

“8) Tratamentos já realizados para a **voz e/ou fala (não considerar tratamento fonoaudiológico voltado para a audição).**”

A fim de retratar uma realidade mais coerente em outras culturas, omitiu-se a explicação entre parênteses referente ao tratamento audiológico, já que este seria realizado por um outro profissional em um contexto internacional (AMERICAN SPEECH-HEARING ASSOCIATION, 2017).

Deve-se salientar que, devido à grande divergência terminológica presente na maioria das sugestões nas Tabelas 3 a 7, optou-se pela alternativa apontada pela maioria dos especialistas. O pesquisador responsável escolheu a terminologia mais recorrente presente nos estudos publicados em plataformas renomadas que disponibilizam acesso a estudos internacionais (MOLINA; ALBIR, 2002). Tal processo foi realizado junto à sua orientadora que refletiu sobre a pertinência dos conceitos dentro da área de Fonoaudiologia. Além disso, realizamos uma consulta à autora do protocolo na língua original.

Quanto à análise estatística, devemos destacar que a seção “Apresentação e Instruções” apresentou menor média considerando a avaliação dos participantes brasileiros (Tabela 15). Tal fato pode ser explicado, em partes, pelo fato de a seção em questão ser a mais densa, estruturada em forma de texto, o que possibilita que o avaliador tenha uma maior margem de sugestões, visto que não somente o léxico pode ser alterado, mas toda a estilística dos parágrafos e das sentenças.

Pelo fato dos avaliadores norte-americanos terem realizado a análise apenas dos aspectos linguísticos e culturais em geral e os brasileiros, as análises das quatro equivalências, não foi aplicado teste estatístico entre as notas dos dois grupos de

avaliadores. Entretanto, considerando a nota geral das diversas seções, pode-se inferir que os participantes norte-americanos apresentaram maior exigência quanto à qualidade da versão consenso (língua inglesa), assim observado no Gráfico 1. Ao que parece, tal fato pode ter ocorrido devido à grande variação terminológica existente na Fonoaudiologia, mais especificamente na área de voz. Embora exista uma variedade de sinônimos para definir alguns termos em específico, nem todos são utilizados com uma mesma frequência, ou até mesmo reconhecido pelos profissionais que atuam dentro do referido contexto, o que justifica o grande número de sugestões terminológicas apontadas pelos especialistas. Assim, podemos observar que, embora haja uma busca constante por uma estabilidade terminológica, tal fato não é realidade nem mesmo entre as próprias sugestões realizadas pelo grupo.

É importante ressaltar que, o “Protocolo” em si, que representa a versão em língua inglesa do instrumento validado em português, utilizado para a avaliação da voz do deficiente auditivo, obteve maior média de notas por ambos os grupos de brasileiro como norte-americanos (Gráfico 1). Tal fato pode ser justificado, parcialmente, pela estrutura do protocolo, que é concisa, composta por palavras isoladas, não abrindo margem, assim, para que os avaliadores sugerissem alterações além das lexicais, diferentemente do que ocorre nas outras seções do material (RIBEIRO, 2017).

Diante dos dados analisados, é notável que, a etapa de apreciação da versão consenso por parte dos especialistas se destacou por trazer maiores contribuições qualitativa e quantitativamente e, muito embora exista uma grande variação metodológica acerca do processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos relacionados à subárea de voz, sugerimos que as etapas de retrotradução e consolidação de uma versão consenso sejam repensadas em futuros estudos, já que as maiores alterações são realizadas de qualquer forma após as sugestões feitas pelos especialistas. Dessa forma, o processo se tornaria menos longo, poupando tempo e eventuais custos (EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F., 2015).

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos desta pesquisa e os resultados obtidos, é possível concluir que, por meio das etapas de tradução, retrotradução, versão consenso e análise do material por uma banca de especialistas brasileiros e norte-americanos, foi possível realizar a tradução e adaptação transcultural do PAV –DA para a língua inglesa, cuja versão final é *Protocol for the Evaluation of Voice in Subjects with Hearing Impairment (PEV-SHI)*.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGRA, K. L de O. **A integração da língua e da cultura no processo de tradução.** Biblioteca Online de Ciências da Comunicação. 2007. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/agra-klondy-integracao-da-lingua.pdf>>. Acesso em 12 out. 2016.
- AMIR, O. et al. Applying the Voice Handicap Index (VHI) to dysphonic and nondysphonic Hebrew speakers. **J Voice**, v. 20, n. 2, p. 318– 324, 2006.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA), 2017. Available from: <https://www.asha.org>. Acess on 10 Dec. 2017.
- ARAÚJO, F. dos R. **Onde está a adaptação transcultural? Aspectos conflitantes na (retro)tradução de questionários psicométricos.** 2015. 66f. (Monografia- TCC) – Curso de Tradução, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2015.
- ARGENTIM, J. P. **Tradução Transcultural e Adaptação do CD-ROM “Voz: Fonoaudiologia e Medicina” volume 1 do Projeto Homem Virtual para a Língua Inglesa (inglês americano).** 2013. 158 f. Dissertação (Mestre em Ciências) – Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.
- BARALDI G. dos S. et. al. Study of the fundamental frequency in elderly women with hearing loss. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 73, n. 3, p. 378-383, 2007.
- BARROS, L. A. **Conhecimentos de terminologia geral para a prática tradutória.** 1a ed. São José do Rio Preto, SP: Novagraf, 2007. 56p.
- BATISTA, N. A.; IGLESIAS, S. R. A. A língua inglesa e a formação de mestres e doutores na área da saúde. **Rev. bras. educ. med**, v.35, n. 1, p.74-81, 2010.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-cultural Adaptation of Selfreport Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BEHLAU, M. Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V), ASHA 2003. refletindo sobre o novo. **Rev SBFa**, v. 9, n. 3, p. 187-189, 2004.
- BEHLAU, M. et al . Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v. 21, n. 4, p. 326-332, 2009.
- BEHLAU, M.; PONTES, P. Avaliação e Tratamento das Disfonias. São Paulo: Lovise; 1995
- BEHLAU, M.; SANTOS, L. M. A.; OLIVEIRA, G. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Voice Handicap Index Into Brazilian Portuguese. **J. Voice**, v. 25, n. 3, p. 354-359, 2011.
- BEHLAU, M. et al. Avaliação de Voz. In: BEHLAU, M. **Voz - o livro do especialista.** 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 85-246.

BONETTI, A.; BONETTI, L. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Voice Handicap Index into Croatian. **J Voice**, v. 27, n. 1, p. 130.e7-130.e14, 2013.

BOSELEY, M. E. et al. Validation of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life Survey. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 132, n. 7, p. 717-720, 2006.

BRASIL. Lei 6.965, de 9 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1981.

BRAUER, B. A. Adequacy of a translation of the MMPI into American Sign Language for use with deaf individuals: Linguistic equivalency issues, **Rehabilitation Psychology**, v. 38, p. 247-260, 1993.

BUDER E. H., et al. Vibratory regime classification of infant phonation. **Journal of Voice**, v. 22, n. 5, p. 553-564, 2008.

CARDING, P. N. et al. Measuring voice outcomes: state of the science review. **J Laringol Otol**, v. 123, n. 8, p. 823-829, 2009.

COCA: Corpus of Contemporary American English. Disponível em: <<http://corpus.byu.edu/coca/>>. Acesso em 14 nov. 2016.

CORYZA. In: Collins English Dictionary. HarperCollins Publishers, 2017. Available from: <<http://www.dictionary.com/browse/coryza>>. Access on 07 Oct. 2017.

COSTA, T; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. Validation of The Voice Handicap Index-10 (VHI-10) to the Brazilian Portuguese. **CoDAS**, v. 25, n. 5, p. 482-485, 2013.

CRYSTAL, D. **English as a global language**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

DACAKIS, G. et al. Development and preliminary evaluation of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. **J Voice**, v. 27, n. 3, p. 312-320, 2013.

DATTA, R. et al. Translation and validation of Voice Handicap Index in Hindi. **J Laryngol Voice**, v. 1, n.1, p. 12-17, 2011.

DEARY, I. J. et al. VoiSS: a patient-derived Voice Symptom Scale. **J Psychosom Res**, v. 54, n. 5, p. 483-489, 2003.

DEJONCKERE, P.H. et al. Differentiated perceptual evaluation of pathological voice quality: reliability and correlations with acoustic measurements. **Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)**, v.117, n.3, p. 219-224, 1996.

DEVADAS, U.; DHANYA, M.; DHANSHREE, G. Adaptation and validation of the Malayalam voice handicap index. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 79, n. 9, p.1425-1428, 2015.

- EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **J Clin Epidemiol**, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.
- FAVA, G. et al. Cross-cultural adaptation of the Italian version of the Voice Activity Participation Profile. **CoDAS**, v. 26, n. 3, p. 252-255, 2014.
- FORATTINI, O. P. A Língua Franca da Ciência. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 3-8, 1997.
- GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (VRQOL) measure. **J. Voice**, v. 23, n. 1, p. 76-81, 2009.
- GHIRARDI, A. C. et al. Screening index for voice disorder (SIVD): development and validation. **J Voice**, v.27, n.2, p.195-200, 2013.
- GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D.M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português brasileiro. **Pró-Fono: Revista de atualização científica**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.
- GRADDOL, D. **English Next**: why global English may mean the end of English as a foreign language. London: The British Council, 2006.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol**, v. 46, n.12, p. 1417-1432, 1993.
- HELIDONI, M. E. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index into Greek. **J Voice**, v. 24, n. 2, p. 221– 227, 2010.
- HIRANO, M. *Clinical Examination of Voice*. Viena: Springer-Verlag; 1981.
- IOWA UNIVERSITY. **Phonetics**: The sounds of Spoken Languages (American English). Iowa, 2001. Available from:
<<http://soundsofspeech.uiowa.edu/resources/english/english.html> >. Access on 28 July. 2016
- JACOBSON, B. H. et al. The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*, v. 6, n. 3, p. 66-70, 1997.
- KARLSEN, T. et al. Cross-Cultural Adaptation and Translation of the Voice Handicap Index into Norwegian. **Folia Phoniatr Logop**, v. 64, p. 234–240, 2012.
- KATAN, D. **Translating Cultures**: An introduction for translators, interpreters and mediators. Manchester: St. Jerome Publishing, 1999. 271p.
- KONNAI, R. M.; JAYARAM, M., SCHERER, R.C. Development and validation of a voice disorder outcome profile (Voice-DOP) for an Indian population. **J Voice**, v. 24, n. 2, p. 206–220, 2010.

KROHLING, L.; BEHLAU, M.; VERDUYCKT, I. Equivalência cultural da versão brasileira do Questionnaire des Symptômes Vocaux. **CoDAS**, v. 28, n. 4, p. 454-458, 2016.

LAVER, J. **The Phonetic Description of Voice Quality**. London: Cambridge University Press; 1980.

LE BRETON, J. M.; Reflexões anglófilas sobre a geopolítica do inglês. In: LACOSTE, Y.; RAJAGOPALAN, K. **A geopolítica do inglês**. 1ed. São Paulo, Parábola, 2005, p. 12-20.

LEWIS, M.P.; GARY, F.S.; CHARLES, D.F. eds. **Ethnologue**: Languages of the World. 17th ed. Dallas, TX: SIL International, 2013. Available at: <https://www.ethnologue.com/language/eng>. Accessed on 18th Oct. 2016.

MA, E. P.; YIU, E.M. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. **J Speech Lang Hear Res**, v. 44, n. 3, p. 511-524, 2001.

MAHALINGAM, S. et al. Voice Disorder Outcome Profile (V-DOP) – Translation and Validation in Tamil Language. **J Voice**, v. 28, n. 6, p. 841e21 – 841e32, 2014.

MOLINA, L.; ALBIR, A. H. Translation Techniques Revisited: A Dynamic and Functional Approach. **Meta**, v. 47, n. 4, p.498-512, 2002.

MORADI, N. et al. Cross-cultural Equivalence and Evaluation of Psychometric Properties of Voice Handicap Index Into Persian. **J Voice**, v. 27, n. 2, p. 258.e15-258.e22, 2013.

MORADI, N. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Voice-Related Quality of Life Into Persian. **J Voice**, v. 28, n. 6, p. 842.e1-842.e9, 2014.

MORETI, F. et al. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the voice symptom scale: VoiSS. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 23, n. 4, p. 398-400, 2011.

NANJUNDESWARAN, C. et al. Vocal Fatigue Index (VFI): development and validation. **J Voice**, v. 29, n. 4, p. 433- 440, 2015.

NÚÑEZ-BATALLA, F. et al. Adaptation and Validation to the Spanish of the Voice Handicap Index (VHI-30) and its Shortened Version (VHI-10). **Acta Otorrinolaringol Esp**, v. 58, n. 9, p. 386-392, 2007.

HOGIKYAN, N. D.; SETHURAMAN, G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (VRQOL). **J Voice**, v. 13, n. 4, p. 557-569, 1999.

ORMEZZANO Y.; MESLEY A.; DESCOURTIEUX C. Protocole d'évaluation de la voix et de la parole des sourd. **Revue de Laryngologie Othologie Rhinologie**, v.122, n. 5, p. 311-317, 2001.

ÖZKAN, E.T. et al. Reliability and validity of the Turkish Pediatric Voice Handicap Index. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 79, n. 5, p. 680-684, 2015.

PARK, S. et al. Reliability and validity of the Korean Pediatric Voice Handicap Index: In school age children. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 77, n. 1, p.107-112, 2013.

PAULINELLI, B. R.; GAMA, A. C.C.; BEHLAU, M. Validation of the Vocal Performance Questionnaire. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 17, n. 1, p. 85-91, 2012.

PINHO, S. Proposta de avaliação de voz no deficiente auditivo. **Pró-fono**, v. 2, p. 17-19, 1990.

PRURITUS. In: Collins English Dictionary. HarperCollins Publishers, 2017. Available from: <http://www.dictionary.com/browse/pruritus>>. Acess on 07 Oct. 2017.

RAJAGOPALAN, K. (Org.); SILVA, F. L. L. (Org.) A linguística que nos faz falhar: investigação crítica. São Paulo - SP: Parábola Editorial, 2004.

RIBEIRO, A. C. de C. C. **Desenvolvimento e validação de um protocolo de avaliação perceptivo-auditiva da voz de deficientes auditivos usuários de implante coclear**. 2017. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

RIBEIRO, L. L.; PAULA, K. M. de; BEHLAU, M. Voice-related quality of life in the pediatric population: Validation of the Brazilian version of the Pediatric Voice-Related Quality-Of-Life survey. **CoDAS**, v. 26, n. 1, p. 87-95, 2014.

RICARTE, A.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. Validation of the Voice Activity and Participation Profile protocol in Brazil. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 242-249, 2013.

RUSTON, F.C. et al. Cross-cultural adaptation of the Chilean version of the Voice Symptom Scale-VoiSS. **CoDAS**, v. 28, n. 5, p. 625-633, 2016.

SALEEM, A. F.; NATOR, Y.S. Standardization of the Arabic version of the Voice Handicap Index: An investigation of validity and reliability. **Logoped Phoniater Vocol**, v. 35, n. 4, p.183–188, 2010.

SANTOS, H. H. de A. N. M. dos et al. Tradução e avaliação preliminar da versão em Português do Questionário de Autoavaliação Vocal para Transexuais de Homem para Mulher. **CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 89-96, 2015.

SANZ, L. et al. Adaptation and validation of Spanish version of the pediatric Voice Handicap Index (P-HVI). **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 79, n. 9, p. 1439-1443, 2015.

SCHINDLER, A. et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Voice Handicap Index into Italian. **J Voice**, v. 24, n. 6, p. 708-714, 2010.

SHOEIB, R. M. et al. Development and validation of the Arabic pediatric voice handicap index. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 9, p. 1297-1303, 2012.

SHUTTLEWORTH, M.; COWIE, M. **Dictionary of Translation Studies**. Manchester: Saint Jerome Publishers, 1997

SILVA, J. M. G. da. **Relações de equivalência na tradução e retrotradução de questionários médicos**. 2013. 115 f. Monografia (Especialização) - Curso de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

TARGINO, M. G.; GARCIA, J. C. R. Ciência brasileira na base de dados do Institute for Scientific Information (ISI). **Ci. Inf**, v. 29, n. 1, p. 103-117, 2000.

VERDUYCKT, I.; MORSOMME, D.; RAMACLE, M. Validation and standardization of the Pediatric Voice Symptom Questionnaire: a double-form questionnaire for dysphonic children and their parents. **J Voice**, v.26, n.4, p.129-139, 2012.

WEBCORP: The web as corpus. Disponível em: <<http://www.webcorp.org.uk/live/>>. Acesso em 14 nov. 2016.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário**. Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de educação em saúde coletiva) da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Ed. Coopmed, 2009, 84p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **Process of translation and adaptation of instruments**, 2007. Available from:<http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/>. Access on 13 out. 2016.

XU, W. et al. Application of the Mandarin Chinese Version of the Voice Handicap Index. **J Voice**, v. 24, n. 6, p. 702-707, 2010.

ZAMBON, F. et al. Equivalência cultural da versão brasileira do Vocal Fatigue Index – VFI. **CoDAS**, v. 29, n. 2, e20150261, 2017.

ZRAICK, R. I. et al. Establishing validity of the Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPEV). **Am J Speech Lang Pathol**, v. 20, n. 1, p. 14-22, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Tradutores

**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 do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” para a Língua Inglesa** tem por objetivo realizar uma versão do referido protocolo em língua inglesa, assim, contribuindo para a prática da avaliação e diagnóstico clínico da voz em pacientes com deficiência auditiva pertencentes aos mais diversos grupos populacionais.

Ao participar desta pesquisa você realizará a tradução/retrotradução/versão consenso do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” e permitirá que a mesma seja alterada por uma banca composta por dez especialistas. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante os meses de abril e maio de 2017. Não são previstos riscos nem danos neste tipo de estudo, porém, no caso de eventuais danos, você terá garantia de indenização.

As despesas tidas pelos participantes da pesquisa com cópias e material de papelaria serão cobertas pelo pesquisador responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não haverá ressarcimento.

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

Toda informação obtida decorrente desse projeto de pesquisa será submetida aos regulamentos da FOB/USP referentes ao sigilo da informação. O nome do participante será preservado nos resultados ou informações que forem utilizados para fins de publicação científica.

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com o autor, Victor Osório Diegoli Paffetti, (Rua Luiz Vaz Pinto, nº 710, Jardim Príncipe, Lençóis Paulista, S.P., tel. (14) 32646158, 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 tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisador(a) 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

Victor Osório Diegoli Paffetti

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

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Banca de Especialistas

**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 do “Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)” para a Língua Inglesa** tem por objetivo realizar uma versão do referido protocolo em língua inglesa, assim, contribuindo para a prática da avaliação e diagnóstico clínico da voz em pacientes com deficiência auditiva pertencentes aos mais diversos grupos populacionais.

Ao participar desta pesquisa você analisará e verificará a qualidade da tradução do protocolo, considerando que deverá classificar a equivalência entre os pares de língua como inalterado, parcialmente alterado ou completamente alterado, por meio de pontuação de zero a dez, sendo zero totalmente alterado, e dez inalterado. Tal procedimento deverá ser realizado em um local de sua preferência, por meio de seu computador, no horário de sua conveniência, durante o mês de julho de 2017. Você também participará, no período citado, de uma reunião virtual coordenada pelo pesquisador, com mais nove participantes do grupo de especialistas para discutir as sugestões propostas quanto à tradução do referido protocolo. Não são previstos riscos nem danos neste tipo de estudo, porém, no caso de eventuais danos, você terá garantia de indenização.

As despesas tidas pelos participantes da pesquisa com cópias e material de papelaria serão cobertas pelo pesquisador responsável, assim, não são previstas despesas para os participantes e, portanto, não haverá ressarcimento.

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

Toda informação obtida decorrente desse projeto de pesquisa será submetida aos regulamentos da FOB/USP referentes ao sigilo da informação. O nome do participante será preservado nos resultados ou informações que forem utilizados para fins de publicação científica.

Caso haja dúvidas, você poderá solicitar informações com o autor, Victor Osório Diegoli Paffetti, (Rua Luiz Vaz Pinto, nº 710, Jardim Príncipe, Lençóis Paulista, S.P., tel. (14) 32646158, 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 tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisador(a) 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

Victor Osório Diegoli Paffetti

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

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Banca de especialistas (versão em língua inglesa)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

INFORMED CONSENT FORM

The study **Translation and Cross-Cultural Adaptation of the “Protocol for the Evaluation of the Voice of Hearing-Impaired Subjects (PEV-HIS)” to English** aims at creating a version of the mentioned protocol in English, which will internationally contribute for clinical practice and diagnose of hearing-impaired subjects.

By participating in this study, you will analyze the translation of the protocol. You will answer a questionnaire and classify the consensus version from 0 to 10.

This procedure will be performed anywhere you wish, on your computer, whenever it may be convenient for you, during the months of October and November 2017. You will also participate, in the mentioned period, in a virtual meeting coordinated by the researcher, along with nine other participants, who compose the group of experts, to consider the suggestions as for the translation of the protocol. It is comprehended that this study may not offer you any kind of risks or injury. If you come to suffer any damages whatsoever in the future, resulting from your participation, in addition to full assistance, you will be entitled to indemnification.

The expenses on copies, paper and office supplies will be paid by the researcher, thus, there will be no expenses incurred by the participants. Therefore, there will be no reimbursement.

If you have any questions about procedures, risks, benefits and other topics related to the study, you are aware you have guarantee of receiving answers or explanations and have the knowledge that your participation is voluntary and you may stop participating at any time without the need of explanation.

All information obtained from this study will be submitted to FOB/USP resolution concerning information secrecy. It will be preserved the name of the participant on results or information that would be used for scientific publication.

In any case of questions you may ask the author **Victor Osório Diegoli Paffetti**, e-mail address (victorpaffetti@gmail.com), residential address (710, Luiz Vaz Pinto st., Jardim Príncipe, postcode 18682-843, Lençóis Paulista, São Paulo – Brazil) phone (+5514 3264-6158) and for complains you may contact the Committee for Ethics in Research on Human Beings of Bauru School of Dentistry/University of Sao Paulo (9-75, Dr. Otavio Pinheiro Brisola Av.) or by number +5514 3235-8356.

By this instrument attending legal demands,

Mr./Mrs. _____, ID number _____, after reading carefully the information presented in this Informed Consent Form, explained thoroughly by professionals, aware of services and procedures you may be submitted, not having any doubt about the reading and explaining certify your Informed Consent agreeing to participate on this study.

It is clear that the subject of the research or his/her legal representative may, by any time, resign this Informed Consent Form and stop participating in this study and you are aware that every given information are confidential and kept from professional secrecy (Art. 29o Speech-Language Pathology and Audiology Ethic's Code).

Finally, as the researcher responsible for this study, 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 subject) 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.

Bauru-SP, _____ 20____.

Subject of research

Victor Osório Diegoli Paffetti
(researcher)

The **Committee for Ethics in Research on Human Beings**, organized and created by FOB-USP, 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 function and advisory, deliberative and educational nature established to protect the interests of all investigation subjects in their integrity and dignity, and to contribute to the investigation development according to ethical standards.

Reports on your participation in this study may be filed at the Committee for Ethics in Research on Human Beings:

Local and opening hours: Committee for Ethics in Research on Human Beings – Bauru School of Dentistry – Post-Graduation Building (Block E – second floor), from Mondays through Fridays, 1h30pm to 5pm, on business days, 9-75, Dr. Otávio Pinheiro Brisola, Av. –Vila Universitária – Bauru – SP- postcode 17012-901, phone +55 14 3235 8356, e-mail: cep@fob.usp.br.

APÊNDICE D – Questionário para os membros da banca de especialistas brasileiros

	Equivalência semântica											Equivalência idiomática										
Apresentação e instruções	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protocolo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Definições de voz, fala e problemas da voz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionário I	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionário II	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Equivalência experimental											Equivalência conceitual										
Apresentação e instruções	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protocolo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Definições de voz, fala e problemas da voz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionário I	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionário II	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE E – Questionário para os membros da banca de especialistas norte-americanos

Presentation and instructions	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protocol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Definitions of voice, speech, voice problem and speech problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionnaire I (Answered by patients -adults)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Questionnaire II (Answered by parents/guardians - children)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE F – Protocol for the Evaluation of Voice in Subjects with Hearing Impairment (PEV – SHI)

NAME: _____ GENDER: _____ DOB: ____/____/____ DATE: ____/____/____

1. SUPRASEGMENTAL ASPECTS OF VOICE conversation		*They should be only evaluated for connected speech and spontaneous	SCORE
Intelligibility	0 _____ 100	Intelligible Unintelligible	_____
Articulation	0 _____ 100	Adequate Excessively altered	_____
Intonation	-100 _____ +100	Excessively monotonous Adequate Excessively exaggerated	_____
Speech rate	-100 _____ +100	Excessively slow Adequate Excessively fast	_____
2. RESPIRATORY-PHONATORY COORDINATION spontaneous conversation		*They should be only evaluated for connected speech and	SCORE
	0 _____ 100	Adequate Excessively altered	_____
3. RESONANCE			SCORE
Vertical focus	0 _____ 100	Adequate Excessively laryngeal	_____
	0 _____ 100	Adequate Excessively pharyngeal	_____
	0 _____ 100	Adequate Excessively hyponasal	_____
	0 _____ 100	Adequate Excessively hypernasal	_____
Horizontal focus	0 _____ 100	Adequate Excessively anterior	_____
	0 _____ 100	Adequate Excessively posterior	_____
4. PHONATION			SCORE

Strain 0 _____ 100
None Excessive _____

Breathiness 0 _____ 100
None Excessive _____

Roughness 0 _____ 100
None Excessive _____

Instability 0 _____ 100
None Excessive _____

Pitch
-100 _____ +100
Excessively low Medium Excessively high _____

Loudness
-100 _____ +100
Excessively soft Medium Excessively loud _____

5.ADDITIONAL PARAMETER: _____ **SCORE** _____
0 _____ 100
None Excessive

6. GENERAL VOCAL PERCEPTION _____ **SCORE** _____
0 _____ 100
Adequate Excessively altered

7. OBSERVATIONS

APÊNDICE G – versão final das seções auxiliares em língua inglesa

Presentation and instructions

This protocol is a tool for the auditory-perceptual evaluation of voice in individuals with hearing-impaired. Its main objective is to describe the severity of auditory-perceptual characteristics of the voice in this population. It must be completed based on three speech samples:

1. Sustained vowel /a/ for 3 to 5 seconds duration;
2. Connected speech – counting from 1 to 10;
3. Spontaneous speech with an average duration of 30 seconds. The suggested topic for teenagers and adults is “Tell me about a special day for you”. For children, it is suggested the role-play of well-known children’s stories. In case child’s language development level does not allow that, the rater is free to collect any appropriate speech sample.

The parameters for the evaluation are:

1. **Suprasegmental aspects of voice**
 - a. Intelligibility: How understandable the speech is.
 - b. Articulation: The correct production of speech sounds.
 - c. Intonation: The melodic pattern and frequency variation in speech.
 - d. Speech rate: How fast or slow speech is produced within a sentence.
2. **Respiratory-phonatory coordination:** Coordination between breath and speech.
3. **Resonance:** The way in which the voice is projected into space. It may have an isolated or mixed characteristic. The rater may select more than one item in the protocol in case of a mixed resonance. The resonance may be classified as:
 - a. Excessively laryngeal: low resonance focus, the voice seems to be stuck in the throat.
 - b. Excessively pharyngeal: the resonance focus is not so low. It is more centered in the oropharynx, which gives the voice a metal feature.
 - c. Excessively hyponasal: insufficient use of nasal cavity, which causes a perception of nasal obstruction. This parameter must be disregarded in the evaluation of the sustained vowel /a/.
 - d. Excessively hypernasal: excessive use of the nasal cavity, which causes a perceived nasal voice.
 - e. Excessively anterior: oral resonance focus, which causes a perception of a child-like voice in adults. In case of children, their voices do not match their

ages. It seems like the person places their tongue anteriorly during speech.

- f. Excessively posterior: the resonance focus is in the posterior oral space. (It resembles someone speaking with a hot potato in the mouth).

4. Phonation

- a. Strain: excessive phonatory effort.
- b. Breathiness: audible nasal air emission through the voice.
- c. Roughness: irregularity in voicing source.
- d. Instability: unstable quality of emission regarding frequency and/or intensity. It may be short or long during the same emission. Both should be considered.
- e. *Pitch*: perceptual correlate of fundamental frequency. A medium pitch is neither too low nor too high, and varies based on gender and age. The deviation may occur to high or low.
- f. *Loudness*: perceptual correlate of intensity. A medium loudness is neither too loud nor too soft, and varies based on gender and age, considering the environmental features. The deviation may occur to loud or soft.

- 5. **Additional parameter**: Any other relevant vocal characteristic the rater may notice and which is not addressed in the protocol.
- 6. **General vocal perception**: Global, integrated perception of voice deviation, after every parameter is separately assessed. The general vocal perception involves all aspects assessed in the protocol: suprasegmental aspects, respiratory-phonatory coordination, resonance, phonation, and additional parameter (if applicable).

Each of these parameters will have one 100mm or 200mm visual analog scale, depending on its nature. For the 100mm scale, the rater should indicate the degree of deviation from normal by making a small mark (tick), considering the line to be rising, that is, the further to the right, the greater the deviation. For the 200mm scale, the midpoint was defined as medium or adequate, with possible deviations to the right or to the left starting from this intermediate point. The score will be calculated by using a ruler (mm) and should be noted on the right of each parameter. Observations or additional parameters may be added at the end of the protocol. An evaluation form should be filled out for every phonatory task.

What is voice?

Voice is the sound produced in the larynx (throat). The larynx is a tube located in the neck, which contains two folds of muscles and mucosa. They are called vocal folds (popularly known as vocal cords). These folds vibrate with the airflow that comes out of the lungs to produce the voice, generating a basic sound that gains volume and meaning with the speech during its way out into the environment.

What is speech?

Speech is the motor act that expresses language. It is the result of the amplified sound generated from the larynx with the sounds articulated by lips, teeth, tongue, roof of the mouth, and nose.

What is a voice problem?

A voice problem refers to any difficulty in producing voice including hoarseness, fatigue when speaking, voices that are too low-pitched or high-pitched, too soft or too strong. Additionally, it may be considered a problem if your voice has become different recently (hoarse, soft, strained or tired), and it gets better when you do not speak a lot for some days, and it gets worse when you speak more often.

What is a speech problem?

A speech problem may be defined as any alteration that complicates or hinders the production of sounds that form words and phonemes, such as sound changes or difficulties in articulatory movement.

QUESTIONNAIRE ABOUT YOUR OPINION ON YOUR VOICE AND SPEECH CHARACTERISTICS

1) Name: _____

2) How do you consider your speech and voice?

Normal () Sporadically altered () Permanently altered ()

3) Do you notice any of these characteristics in your voice and/or speech?

	Never	Rarely	Sometimes	Always
Hoarseness				
Voice stoppages				
Low-pitched voice				
High-pitched voice				
Strained voice				
Soft/weak voice				
Very loud voice				
Impaired articulation of speech sounds				
Reduced speech clarity				
Speaking too fast				
Speaking too slow				
Exaggerated intonation				
Monotonous speech				
Others: _____				

4) In which situations and how long have you noticed your voice and speech alterations?

Since I began to speak ()

For less than a month ()

For one month to a year ()

For more than a year ()

5) How did the symptoms start? : suddenly () gradually ()

6) From the factors listed below, check the ones that affect your voice.

Sports practice ()	Exposure to cigarette smoke ()	Others. Which ones? _____
Emotional problem ()	Singing ()	There are no factors that modify my
Talking too much ()	Noisy environment ()	vocal quality ()
Flu or cold ()	Parties ()	

7) From the symptoms listed below, check the ones that you **often** have:

Frequent sneezing ()	Nasal allergy - itching ()
Inflammation of the nasal cavities ()	Tonsil or adenoid enlargement ()
Nasal congestion ()	Phlegm in your nose ()
Asthma/bronchitis ()	Heartburn and/or regurgitation ()
Stomachache ()	Earache ()
Difficulty hearing ()	Tinnitus or ringing noise in your ear ()
Other symptoms. Which ones? _____	I do not have any of the listed symptoms ()

8) Treatments already used for **voice and/or speech**.

Laryngeal surgery ()	Treatment with a speech-language pathologist ()	Treatment with medication ()
Other _____	I have never undergone any treatment ()	

What is voice?

Voice is the sound produced in the larynx (throat). The larynx is a tube located in the neck, which contains two folds of muscles and mucosa. They are called vocal folds (popularly known as vocal cords). These folds vibrate with the airflow that comes out of the lungs to produce the voice, generating a basic sound that gains volume and meaning with the speech during its way out into the environment.

What is speech?

Speech is the motor act that expresses language. It is the result of the amplified sound generated from the larynx with the sounds articulated by lips, teeth, tongue, roof of the mouth, and nose.

What is a voice problem?

Any difficulty in producing voice can be considered as a voice problem, such as hoarseness, tiredness when speaking, and voices that are too low-pitched or high-pitched, too weak or strong. Besides, it may be considered a problem if your child's voice has become different lately (hoarse, weak, strained or tired), and it gets better when he/she does not speak a lot for some days, and it gets worse when he/she uses it more often.

What is a speech problem?

A speech problem may be defined as any alteration that complicates or hinders the production of sounds that form words and phonemes. The most serious deviations concern (speech) developmental delay, referring to when children start to speak very late. Speech problems concerning changes, omissions and/or distortions of speech sounds (inaccuracy in sound pronunciation) are more frequent.

QUESTIONNAIRE ABOUT PARENT'S OPINION OF THEIR CHILD'S VOICE AND SPEECH CHARACTERISTICS

1) Name of caregiver: _____

Name of child: _____

2) How do you consider your child's voice and speech?

Normal () Sporadically altered () Permanently altered ()

3) Do you notice any of these characteristics in your child's voice and/or speech?

	Never	Rarely	Sometimes	Always
Hoarseness				
Voice stoppages				
Low-pitched voice				
High-pitched voice				
Strained voice				
Soft/weak voice				
Very loud voice				
Impaired articulation of speech sounds				
Reduced speech clarity				
Speaking too fast				
Speaking too slow				
Exaggerated intonation				
Monotonous speech				
Others: _____				

4) In which situations and how long have you noticed your child's vocal and speech alterations?

Since he/she began to speak ()

For less than a month ()

For one month to a year ()

For more than a year ()

5) How did the symptoms start? : suddenly () gradually ()

6) From the factors listed below, check the ones that affect your child's voice.

Sports practice ()	Exposure to cigarette smoke ()	Others. Which ones? _____
Emotional problem ()	Singing ()	There are no factors that modify my
Talking too much ()	Noisy environment ()	child's vocal quality ()
Flu or cold ()	Parties ()	

7) From the symptoms listed below, check the ones that your child **often** has:

Frequent sneezing ()	Nasal allergy - itching ()
Inflammation of the nasal cavities ()	Tonsil or adenoid enlargement ()
Nasal congestion ()	Phlegm in the nose ()
Asthma/bronchitis ()	Heartburn and/or regurgitation ()
Stomachache ()	Earache ()
Difficulty hearing ()	Tinnitus or noise ringing in the ear ()
Other symptoms. Which ones? _____	My child does not have any of the listed symptoms ()

8) Treatments already used for **voice and/or speech**.

Laryngeal surgery ()	Treatment with a speech-language pathologist ()	Treatment with medication ()
Other _____	My child has never undergone any treatment ()	

Anexos

ANEXO A - Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)

NOME: _____ SEXO: _____ DN: ____/____/____ DATA: ____/____/____

1. ASPECTOS SUPRASEGMENTARES DA VOZ		*Devem ser avaliados apenas para fala encadeada e conversa espontânea	PONTUAÇÃO
Inteligibilidade	0 _____ 100		
	Inteligível	Ininteligível	_____
Articulação	0 _____ 100		
	Adequada	Excessivamente alterada	_____
Entonação	-100 _____ +100		
	Excessivamente monótona	Adequada	Excessivamente exagerada _____
Velocidade de fala	-100 _____ +100		
	Excessivamente lenta	Adequada	Excessivamente rápida _____
2. COORDENAÇÃO PNEUMOFONOARTICULATÓRIA		*Deve ser avaliada apenas para fala encadeada e conversa espontânea	PONTUAÇÃO
	0 _____ 100		
	Adequada	Excessivamente alterada	_____
3. FOCO DE RESSONÂNCIA			PONTUAÇÃO
Foco vertical	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente laríngeo	_____
	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente faríngeo	_____
	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente hiponasal	_____
	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente hipernasal	_____

<i>Foco Horizontal</i>	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente anterior	_____
	0 _____ 100		
	Adequado	Excessivamente posterior	_____
4. FONAÇÃO			PONTUAÇÃO
<i>Tensão</i>	0 _____ 100		
	Ausente	Excessiva	_____
<i>Soprosidade</i>	0 _____ 100		
	Ausente	Excessiva	_____
<i>Rugosidade</i>	0 _____ 100		
	Ausente	Excessiva	_____
<i>Instabilidade</i>	0 _____ 100		
	Ausente	Excessiva	_____
<i>Pitch</i>	-100 _____ +100		
	Excessivamente grave	Médio	
		Excessivamente agudo	_____
<i>Loudness</i>	-100 _____ +100		
	Excessivamente fraco	Médio	
		Excessivamente forte	_____
5. PARÂMETRO ADICIONAL:	_____		PONTUAÇÃO
	0 _____ 100		
	Ausente	Excessivo	_____
6. IMPRESSÃO GERAL DA VOZ			PONTUAÇÃO
	0 _____ 100		
	Adequada	Excessivamente alterada	_____
7. COMENTÁRIOS			

ANEXO B – SEÇÕES AUXILIARES

Apresentação e instruções

Este protocolo é uma ferramenta para a avaliação perceptivo-auditiva da voz de deficientes auditivos. Seu principal objetivo é descrever a severidade de atributos perceptivo-auditivos da voz dessa população. Deverá ser preenchido a partir de três amostras de fala:

4. Vogal sustentada /a/ com duração de 3 a 5 segundos;
5. Fala encadeada – contagem de números de 1 até 10 e;
6. Fala espontânea com duração média de 30 segundos. Sugere-se o tema “Me conte sobre um dia especial para você” para adolescentes e adultos. Pra crianças sugere-se dramatizações de histórias infantis conhecidas. Caso não seja possível devido o nível de desenvolvimento da linguagem, o avaliador fica livre para coletar a amostra de fala que for possível.

Os parâmetros para a avaliação são:

7. Aspectos suprasegmentares da voz

- a. Inteligibilidade: O quanto a fala é compreensível.
- b. Articulação: Produção correta dos sons da fala.
- c. Entonação: Padrão de melodia e variação da frequência na fala.
- d. Velocidade de fala: Rapidez ou lentidão da fala em uma frase.

8. Coordenação pneumofonoarticulatória: Coordenação entre respiração e fala.

9. Foco de ressonância: A forma como a voz é projetada no espaço. Pode ter característica isolada ou mista. No caso de ressonância mista, o avaliador pode marcar mais de um item no protocolo. A ressonância pode ser classificada como:

- a. Excessivamente laríngea: foco de ressonância baixo, a voz parece estar presa na garganta.
- b. Excessivamente faríngea: foco não tão baixo, mais centrado na orofaringe, dando uma característica metálica à voz.
- c. Excessivamente hiponasal: uso insuficiente da cavidade nasal, dando sensação de obstrução nasal. Este parâmetro deverá ser desconsiderado na avaliação da vogal sustentada /a/, visto que se trata de uma vogal oral.
- d. Excessivamente hipernasal: uso excessivo da cavidade nasal, dando sensação de voz fanhosa.
- e. Excessivamente anterior: foco ressonantal oral, dando uma sensação de voz infantilizada em adultos, e uma voz que não corresponde a idade em crianças, dando a impressão de língua anteriorizada.

- f. Excessivamente posterior: som posteriorizado, dando uma sensação de batata quente na boca.

10. **Fonação**

- a. Tensão: Esforço fonatório excessivo.
- b. Soprosidade: Escape de ar audível na voz.
- c. Rugosidade: Irregularidade na fonte sonora.
- d. Instabilidade: Qualidade instável da emissão em termos de frequência e/ou intensidade. A instabilidade pode ser de curto ou longo prazo dentro de uma mesma emissão, sendo que ambas devem ser consideradas.
- e. *Pitch*: Correlação perceptiva da frequência fundamental. Entende-se por *pitch* médio aquele que não evidencia característica nem muito grave nem muito agudo para determinado sexo e idade. O desvio pode ser para o grave ou para o agudo.
- f. *Loudness*: Correlação perceptiva da intensidade. Entende-se por *loudness* média aquela que não evidencia característica nem muito forte nem muito fraca para determinado sexo e idade, levando em consideração as características do ambiente. O desvio pode ser para o forte ou para o fraco.

11. **Parâmetro adicional**: Qualquer outra característica vocal relevante o avaliador perceba e que não é abordado no instrumento.

12. **Impressão geral da voz**: Impressão global, integrada do desvio da voz, após avaliação de todos os parâmetros separadamente. A impressão geral da voz envolve todos os aspectos abordados no instrumento: aspectos suprasegmentares, coordenação pneumofonoarticulatória, foco de ressonância, fonação e parâmetro adicional (se houver).

Cada um desses parâmetros será acompanhado de uma escala visual analógica de 100mm ou de 200mm, dependendo de sua natureza. Para a escala de 100mm o avaliador deverá indicar o grau de desvio da normalidade utilizando uma pequena marcação (risco), considerando a linha como crescente, ou seja, quando mais à direita, maior o desvio. Na a escala de 200mm, o ponto médio foi definido como médio ou adequado, com desvios possíveis para direita ou para esquerda deste ponto intermediário. A pontuação será medida com uma régua em mm e deverá ser anotada à direita de cada parâmetro. Comentários ou parâmetros adicionais podem ser acrescentados no fim do protocolo. Uma ficha de avaliação deverá ser preenchida para cada tarefa fonatória.

O que é voz?

A voz é o som produzido na laringe (garganta). A laringe é um tubo que fica no pescoço, que contém duas dobras de músculos e mucosa, denominadas pregas vocais (que são chamadas popularmente de cordas vocais). Para produzir a voz essas pregas vibram com a passagem do ar que sai dos pulmões, gerando um som básico que ganha volume e significado com a fala durante sua saída para o meio ambiente.

O que é fala?

A fala é o ato motor que expressa a linguagem. É o resultado do som amplificado que vem da laringe juntamente com a articulação dos sons pelos lábios, dentes, língua céu da boca e nariz.

O que é um problema de voz?

Qualquer dificuldade na produção da voz pode ser considerada um problema de voz, como: rouquidão, cansaço ao falar, voz fina ou grossa demais, fraca ou forte demais. Além disso se sua voz ficou diferente nos últimos tempos (rouca, fraca, tensa ou cansada) e se melhora quando fica alguns dias sem falar muito e piora em situações nas quais usa mais a voz, isso também pode ser considerado um problema de voz.

O que é um problema de fala?

Os problemas de fala podem ser caracterizados como toda e qualquer alteração que dificulte ou impeça a produção dos sons que compõem as palavras, os fonemas, como trocas de sons ou dificuldades nos movimentos da articulação.

QUESTIONÁRIO DA SUA OPINIÃO COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA SUA VOZ E FALA

1) Nome: _____

2) Em relação a sua voz e fala, você as considera

Normal () Alterada esporadicamente () Alterada permanentemente ()

3) Você percebe alguma dessas características na sua voz e/ou fala?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Rouquidão				
Voz com falhas				
Voz grave (grossa)				
Voz aguda (fina)				
Voz tensa				
Voz baixa/fraca				
Voz muito alta (forte)				
Articulação dos sons da fala prejudicada				
Clareza da fala prejudicada				
Fala muito rápida				
Fala muito lenta				
Entonação exagerada				
Fala monótona				
Outros: _____				

4) Há quanto tempo e em que situação você tem percebido as suas alterações vocais e de fala?

Desde o início da fala ()

Há menos de um mês ()

De uma mês a um ano ()

Mais de um ano ()

5) Como iniciaram os sintomas: forma súbita () forma gradual ()

6) Assinale dentre os fatores listados, aqueles que interferem na sua voz.

Prática de esportes ()	Exposição à fumaça de cigarro ()	Outros. _____	Quais?
Problema emocional ()	Canto ()	Não há fatores que modificam a	
Falar muito ()	Ambiente ruidoso ()	qualidade vocal ()	
Gripes ou resfriados ()	Festas ()		

7) Dos sintomas listados abaixo, assinale aquele(s) que você apresenta **frequentemente**:

Espirros frequentes ()	Alergia nasal - prurido ()
coriza ()	Aumento das amígdalas ou adenóide ()
Nariz trancado ()	Catarro no nariz ()
Asma/bronquite ()	Azia e/ou queimação estomacal e/ou regurgitação ()
Dor de estômago ()	Dor de ouvido ()
Dificuldade para ouvir ()	Zumbido ou barulho no ouvido ()
Outros _____ sintomas.	Quais? Não apresenta os sintomas listados ()

8) Tratamentos já realizados para a **voz e/ou fala (não considerar tratamento fonoaudiológico voltado para a audição).**

Cirurgia de laringe ()	Tratamento fonoaudiológico ()	Tratamento com medicamentos ()
Outro _____	Nunca realizou tratamentos ()	

O que é voz?

A voz é o som produzido na laringe (garganta). A laringe é um tubo que fica no pescoço, que contém duas dobras de músculos e mucosa, denominadas pregas vocais (que são chamadas popularmente de cordas vocais). Para produzir a voz essas pregas vibram com a passagem do ar que sai dos pulmões, gerando um som básico que ganha volume e significado com a fala durante sua saída para o meio ambiente.

O que é fala?

A fala é o ato motor que expressa a linguagem. É o resultado do som amplificado que vem da laringe juntamente com a articulação dos sons pelos lábios, dentes, língua céu da boca e nariz.

O que é um problema de voz?

Qualquer dificuldade na produção da voz pode ser considerada um problema de voz, como: rouquidão, cansaço ao falar, voz fina ou grossa demais, fraca ou forte demais. Além disso se a voz do(a) seu(sua) filho(a) ficou diferente nos últimos tempos (rouca, fraca, tensa ou cansada) e se melhora quando ele(a) fica alguns dias sem falar muito e piora em situações nas quais usa mais a voz, isso também pode ser considerado um problema de voz.

O que é um problema de fala?

Os problemas de fala podem ser caracterizados como toda e qualquer alteração que dificulte ou impeça a produção dos sons que compõem as palavras, os fonemas. As alterações mais graves dizem respeito a atrasos no desenvolvimento, ou seja, as crianças começam a falar muito tarde. Problemas mais simples e mais frequentemente encontrados referem-se a trocas, omissões e distorções de sons (uma imprecisão na pronúncia do som).

QUESTIONÁRIO DA OPINIÃO DE PAIS COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA VOZ E FALA DE SEU FILHO

1) Nome: _____

Nome da criança: _____

2) Em relação a voz e fala do seu filho, você as considera

Normal () Alterada esporadicamente () Alterada permanentemente ()

3) Você percebe alguma dessas características na voz e/ou fala do seu filho?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Rouquidão				
Voz com falhas				
Voz grave (grossa)				
Voz aguda (fina)				
Voz tensa				
Voz baixa/fraca				
Voz muito alta (forte)				
Articulação dos sons da fala prejudicada				
Clareza da fala prejudicada				
Fala muito rápida				
Fala muito lenta				
Entonação exagerada				
Fala monótona				
Outros: _____				

4) Há quanto tempo e em que situação você tem percebido as alterações vocais e de fala do seu filho?

Desde o início da fala ()

Há menos de um mês ()

De uma mês a um ano ()

Mais de um ano ()

5) Como iniciaram os sintomas: forma súbita () forma gradual ()

6) Assinale dentre os fatores listados, aqueles que interferem na voz do seu filho.

Prática de esportes ()	Exposição à fumaça de cigarro ()	Outros. Quais? _____
Problema emocional ()	Canto ()	Não há fatores que modificam a
Falar muito ()	Ambiente ruidoso ()	qualidade vocal ()
Gripes ou resfriados ()	Festas infantis ()	

7) Dos sintomas listados abaixo, assinale aquele(s) que seu filho apresenta **frequentemente**:

Espirros frequentes ()	Alergia nasal - prurido ()
coriza ()	Aumento das amígdalas ou adenóide ()
Nariz trancado ()	Catarro no nariz ()
Asma/bronquite ()	Azia e/ou queimação estomacal e/ou regurgitação ()
Dor de estômago ()	Dor de ouvido ()
Dificuldade para ouvir ()	Zumbido ou barulho no ouvido ()
Outros sintomas. Quais? _____	Não apresenta os sintomas listados ()

8) Tratamentos já realizados para a **voz e/ou fala (não considerar tratamento fonoaudiológico voltado para a audição)**.

Cirurgia de laringe ()	Tratamento fonoaudiológico ()	Tratamento com medicamentos ()
Outro _____	Nunca realizou tratamentos ()	

ANEXO C – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Tradução Transcultural e Adaptação do "Protocolo de Avaliação de Voz do Deficiente Auditivo (PAV-DA)" para a Língua Inglesa (inglês americano)

Pesquisador: Alcione Ghedini Brasolotto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63881517.8.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.112.032

Apresentação do Projeto:

O mesmo da versão 3

Objetivo da Pesquisa:

O mesmo da versão 3

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O mesmo da versão 3

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações realizadas nos TCLEs e no projeto com as traduções respectivas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O ofício de justificativa e de alteração realizada pelos pesquisadores após a solicitação por este CEP e as modificações no projeto principal foram realizadas e anexadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 07.08.2017, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige 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

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

Continuação do Parecer: 2.112.032

apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, 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_BÁSICAS_DO_PROJETO_810219.pdf	18/05/2017 14:40:54		Aceito
Outros	cartaCEP_1.pdf	18/05/2017 14:39:11	Alcione Ghedini Brasolotto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALalterado.pdf	19/04/2017 16:44:31	Alcione Ghedini Brasolotto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ENCAMINHAMENO2.pdf	10/03/2017 17:52:32	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalterados.docx	10/03/2017 17:42:56	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAalterado.docx	10/03/2017 17:42:09	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	18/01/2017 15:14:28	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DecPesquisadores.pdf	18/01/2017 15:12:47	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	18/01/2017 15:07:16	VICTOR OSORIO DIEGOLI PAFFETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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: 2.112.032

BAURU, 09 de Junho de 2017

Assinado por:

Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador)

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