



PARECER DO DEPARTAMENTO DE MOTRICIDADE OROFACIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA E DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MOTRICIDADE OROFACIAL, de 24 de julho de 2018.

Em resposta aos Ofícios nº 423/2018 e 424/2018 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, segue o parecer do Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO) sobre o instrumento *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT)¹, sugerido para ser utilizado no Brasil, segundo a Nota Técnica nº 9/2016 do Ministério da Saúde².

O *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT)¹ foi desenvolvido por parteiras do Hospital Southmead de Bristol, no Reino Unido. Este centro possui um serviço estabelecido de tratamento da anquiloglossia, no qual as próprias parteiras realizam a frenotomia lingual, bem como de apoio às mães com dificuldades na amamentação. Os profissionais desse hospital utilizavam a ferramenta *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function*³ (ATLFF), desenvolvido por *Hazelbaker*, em 1993, porém em sua forma reduzida⁴. Em 2014, Emond et al.⁵ utilizaram o ATLFF em sua forma reduzida para avaliar o resultado da frenotomia precoce em recém-nascidos com anquiloglossia leve e moderada, sendo excluídos os portadores de anquiloglossia severa (score ATLFF menos que 6), os quais foram submetidos à frenotomia lingual imediata. Embora os resultados tenham demonstrado que o ATLFF reduzido tenha sido capaz de categorizar a gravidade da língua presa, a subjetividade e a experiência necessária para sua aplicação foram limitações evidenciadas pelos autores⁵ na identificação dos recém-nascidos com anquiloglossia leve e moderada. Assim, pouco tempo depois, Ingram et al.¹ conduziram um estudo em busca de uma ferramenta mais simples, reproduzível e capaz de fornecer uma avaliação consistente da aparência e da função lingual. A partir da prática clínica dos profissionais envolvidos e de suas experiências na aplicação do ATLFF, três parteiras identificaram a aparência da ponta da língua, a fixação do frênulo no rebordo alveolar inferior, a elevação de língua (idealmente durante o choro) e a protrusão de língua como os quatro mais importantes aspectos da avaliação de língua em recém-nascidos. Os scores dos quatro itens são somados e podem variar de 0 a 8. Scores de 0 a 3 indicam a presença de redução mais severa da função da língua. Segundo os autores, o BTAT fornece uma indicação objetiva, clara e simples dos casos com anquiloglossia, entretanto afirmam que mais pesquisas são necessárias para explorar o momento ideal da intervenção e o nível de gravidade que mais se beneficiaria com a frenotomia¹. O BTAT mostrou uma correlação forte e significativa (0,89) com o ATLFF, indicando que a forma mais simples, o BTAT, poderia ser usado no lugar do ATLFF¹.

Entretanto, esse instrumento apresenta algumas limitações que devem ser destacadas⁶:

- O BTAT consegue identificar a presença da anquiloglossia de forma similar ao ATLFF. Porém, em dois estudos os autores referem que o ATLFF não foi útil para identificar quais recém-nascidos com anquiloglossia apresentavam risco de interferência na amamentação⁷⁻⁸. Os autores do BTAT também não demonstraram quais os casos em que o grau de anquiloglossia pode interferir na amamentação.
- A publicação do BTAT não descreve como o protocolo deve ser aplicado, principalmente em relação à protrusão da língua e à elevação da língua durante o choro. Ambos os itens exigem que o examinador tenha conhecimento do que representa a normalidade desses movimentos para identificar os quadros alterados.
- O referido instrumento não possibilita o acompanhamento dos casos em que se observa algumas características anatômicas de alteração do frênulo lingual, mas há dúvidas se as mesmas comprometerão as funções da língua.

É importante ressaltar que o BTAT surgiu da necessidade de profissionais experientes, tanto no manejo da lactação como da anquiloglossia, de um Hospital do Reino Unido, em detectar recém-nascidos com anquiloglossia para liberação precoce do frênulo lingual. Os conceitos utilizados neste instrumento fazem parte da rotina destes profissionais⁶, sendo necessário considerar que no Brasil, os hospitais e maternidades não contam com serviço especializado de diagnóstico da anquiloglossia, a exemplo do Reino Unido. Assim, com a aplicação do BTAT no Brasil, casos com alterações menos evidentes, bem como as funções alteradas por limitação dos movimentos da língua causadas pelo frênulo lingual, continuarão sem diagnóstico e, desta forma, o diagnóstico e a intervenção precoces continuarão falhos. Além disso, a aplicação da triagem proposta pelo BTAT não contempla a indicação para avaliação das funções orofaciais, realizada por fonoaudiólogos, o que limitará, também, a inserção do fonoaudiólogo em políticas públicas de atenção primária à saúde, e conseqüentemente, perda de campo de atuação profissional.

Outro ponto importante se refere ao fato de que o referido instrumento não contemplou todas as etapas do processo de validação como demonstraremos a seguir.

A literatura refere que os dois parâmetros mais importantes de legitimidade de uma medida ou teste são a validade e a precisão. Assim, para verificar a eficácia de um teste diagnóstico, devem ser observados os parâmetros que serão descritos a seguir⁹⁻¹⁰.

A validade ou exatidão de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a medir¹¹. Devem ser avaliados três aspectos: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto⁹.

A validade de conteúdo indica se o instrumento abrange os diferentes aspectos do seu objeto; a validade de critério é o grau com que o instrumento discrimina entre indivíduos que diferem em determinada(s) característica(s), de acordo com um critério padrão; e a validade de construto, que é a demonstração de que o instrumento realmente diferencia sujeitos sintomáticos de sujeitos assintomáticos, bem como, se é capaz de medir diferenças antes e depois do tratamento^{10,12}.

A confiabilidade ou precisão de um instrumento de diagnóstico é a capacidade de uma medida dar um resultado semelhante, ou igual, em medidas repetidas de um mesmo fato, por um mesmo examinador ou por diferentes examinadores⁹⁻¹³. É realizada por meio da comparação de diversas aplicações do instrumento em um mesmo indivíduo. Dois aspectos são utilizados para avaliar a confiabilidade: o teste/reteste, onde um grupo de pessoas é avaliado em dois momentos diferentes, estabelecendo o grau com que o instrumento reproduz os resultados; e o teste entre diferentes avaliadores, onde dois ou mais examinadores avaliam os mesmos indivíduos com o objetivo de investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação entre eles¹².

Douglas⁹ refere ainda que o rigor científico de um método para diagnóstico tende a ser maior, quando, além das análises de validade e confiabilidade, são acrescentados os valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo.

A sensibilidade do teste é a probabilidade de que o resultado seja positivo quando o indivíduo realmente tiver a condição patológica. A especificidade demonstra a probabilidade de que o resultado seja negativo quando o indivíduo testado não tiver realmente a condição patológica. Os valores preditivos positivo e negativo indicam respectivamente o número correto de doentes e não doentes, a partir de todos os indivíduos diagnosticados como doentes¹⁰⁻¹¹.

Assim, pelo estudo publicado, o *Bristol Tongue Assessment Tool*¹ não cumpriu todas as etapas do processo de validação no seu país de origem.

Ainda, quando um teste internacional é proposto para ser utilizado em âmbito nacional, a literatura recomenda um cuidadoso processo de tradução e adaptação transcultural¹⁴⁻²³, ou seja, para que um instrumento de medida possa ser utilizado em diferentes culturas, os itens não devem ser traduzidos de forma literal, mas necessitam ser adaptados culturalmente, para manter a validade do conteúdo do instrumento²²⁻²³. Assim, os procedimentos adotados neste processo devem ser criteriosos e cuidadosos, uma vez que a tradução e a adaptação são

tão importante quanto à construção de um novo instrumento, sendo necessário, inclusive, que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto¹⁵.

Contudo, a tradução e a adaptação transcultural de um instrumento requerem um longo processo e uma metodologia rigorosa, a qual resulte em um instrumento com equivalência entre a fonte original e a versão traduzida, sendo preciso e com validade para que possa ser usado em uma nova cultura, com base nos princípios da psicometria²². Assim, diferenças na origem e estrutura das línguas demandam um trabalho minucioso para manter a qualidade do instrumento durante o processo de tradução e adaptação, garantindo a equivalência semântica e cultural com a versão original¹⁴⁻²³.

Uma série de etapas devem ser rigorosamente seguidas para que determinado instrumento possa ser utilizado em um novo contexto cultural¹⁴⁻²³. O primeiro passo é a tradução (*forward*) do instrumento original. Trata-se de uma atividade bastante complexa, pois, ao traduzir um instrumento, deve-se buscar diversos tipos de equivalência em relação ao original, como a cultural, a semântica, a técnica, a de conteúdo, a de critério e a conceitual. Uma técnica útil nesse sentido, para os autores, é o da retrotradução ou *backtranslation*, por meio da qual a tradução do instrumento é novamente traduzida (ou retrotraduzida) para o idioma original. A retrotradução deve ser realizada por um tradutor bilingue, preferencialmente com experiência nas duas culturas. As duas versões (a original e a retrotraduzida) são, então, comparadas. É importante que tal comparação mantenha a equivalência nos diferentes níveis referidos. Além disso, os autores referem que é de especial relevância obter evidências da validade do instrumento no novo contexto cultural. Para isso, é preciso verificar se o instrumento realmente mede aquilo que se propõe a medir¹⁵. Nascimento e Figueiredo²⁴ referem que a utilização de um instrumento estrangeiro sem a sua devida adaptação pode colocar em risco a validade e a precisão de avaliações efetuadas.

Nas bases de dados consultadas não foi encontrada publicação da tradução para o português brasileiro, nem da adaptação transcultural do *Bristol Tongue Assessment Tool*¹ para a população brasileira, dentro das normas científicas. Cabe salientar que o Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (gestão 2014/2016) emitiu nota de esclarecimento a respeito da referida nota técnica, ressaltando que o instrumento sugerido não cumpriu todas as etapas do processo de validação, bem como, para que o mesmo fosse aplicado na população brasileira seria necessário realizar as etapas de tradução e adaptação transcultural, obedecendo os princípios da ciência²⁵. A tradução adaptada do BTAT proposta na nota técnica nº 9² apresenta graves erros, inclusive na nomenclatura anatômica, mostrando não ter sido realizada a equivalência cultural, semântica, técnica, de conteúdo e de critério do instrumento original, para o português brasileiro.



A literatura refere, ainda, que a tradução e validação transcultural de um instrumento somente é justificada quando outras ferramentas já disponíveis são consideradas inadequadas para o propósito definido²⁶. Ocorre que, no Brasil, foi desenvolvida, em um projeto de mestrado na Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo²⁷, uma ferramenta de avaliação do frênulo lingual para bebês, totalmente validada para a população brasileira em um projeto de doutorado na mesma instituição²⁸, tendo sido publicadas, tanto a validação de sua forma reduzida²⁹, como de sua forma completa³⁰, além de ter servido de base para a lei nº 13.002/2014³¹. A tese intitulada “Validação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês” recebeu da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação do Governo Federal brasileiro, o “Prêmio Capes de tese - Edição 2017”, sendo considerada a melhor tese da área 21 defendida em 2016³².

Finalizando, é importante ressaltar que o Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia³³, bem como a *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*³⁴ e a *International Association of Orofacial Myology (IAOM)*³⁵ preconizam o uso de protocolos de avaliação. Os protocolos de avaliação **validados** possibilitam a padronização dos exames realizados por diferentes profissionais, favorecem a comparação dos achados de diferentes centros de pesquisa, bem como a definição de condutas³⁶⁻³⁷. Os reais objetivos de um processo de avaliação somente podem ser atingidos quando instrumentos e procedimentos adequados são utilizados¹⁵.

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Dr. Giorvan Anderson dos Santos Alves

Coordenador do Departamento
de Motricidade Orofacial da SBFa

Dr. Hilton Justino da Silva

Comissão de Ensino
da ABRAMO

REFERÊNCIAS

1. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;(4):F344-9.



2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília (BR). Nota Técnica 09/2016, 2016 [Acesso em: 2018 jul 18]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/notatecn9_16.pdf
3. Hazelbaker AK. Tongue-tie morphogenesis, impact, assessment and treatment. Columbus, Ohio: Aidan & Eva Press, 2010.
4. Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int Breastfeed J.* 2006;1:3.
5. Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, Copeland M, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2014; 99: 189-195.
6. Covolan MtM. Anquiloglossia, desafios no diagnóstico e impacto no aleitamento materno exclusivo [dissertação]. Bauru: Universidade do Sagrado Coração; 2018.
7. Madlon-Kay DJ, Ricke LA, Baker NJ, Baker NJ, DeFor TA. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *Midwifery* 2008; 24: 353-7.
8. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feeding. *J Am Board Fam Pract* 2005 Jan-Feb 2005; 18(1): 1-7.
9. Douglas CW. Evaluating diagnostic tests. *Advanced Dent Res.* 1993;7(2):66-9.
10. Morley S, Snaith P. Principles of psychological assessment. In: Freeman C, Tyrer P, editors. *Research methods in psychiatry*. London: Gaskell; 1989.
11. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enfermagem USP*, v. 43, p. 992-9, 2009.
12. Menezes PR. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25(2):214-16.
13. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 23-8.
14. Goulart BNG, Chiari BM. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-fono.* 2007;19(2):223-32.
15. Giusti E; Befi-Lopes DM. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2008 jul-set;20(3):207- 10.
16. Carvalho AB, Garcia JBS, Silva TKM, Ribeiro JVF. Tradução e adaptação transcultural da Pain Quality Assessment Scale (PQAS) para a versão brasileira. *Rev Bras Anestesiol.* 2016;66(1):94-104.



17. Molon ME et al. Tradução e adaptação transcultural para o Brasil do Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit para detecção de delirium em unidades de terapia intensiva pediátrica. Rev Bras Ter Intensiva. 2018;30(1):71-79
18. Lourenço GF, Mendes EG. Adaptação transcultural de um instrumento para avaliar a acessibilidade de alunos com paralisia cerebral ao computador. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2015;23(1):85-100.
19. Fonseca LBM, Silveira EA, Lima NM, Rabahi MF. Tradução e adaptação transcultural do questionário STOP-Bang para a língua portuguesa falada no Brasil. J Bras Pneumol. 2016;42(4):266-72.
20. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health. 2005;8(2):94-104.
21. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.
22. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3186-91.
23. Reichenheim MR, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Rev Saúde Pública 2007;41(4):665-73.
24. Nascimento E, Figueiredo VL. WISC-III e WAIS-III: alterações nas versões originais americanas decorrentes das adaptações para uso no Brasil. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002;15(3):603-12.
25. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Nota de Esclarecimento sobre a nota técnica nº 9 da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. São Paulo (BR): Nota de esclarecimento, 2016 [Acesso em: 2018 jul 19]. Disponível em: http://www.sbf.org.br/portal/pdf/notaesclarecimento_deptomo_20160623.pdf
26. Coster WJ, Mancini MC. Recomendações para a tradução e adaptação. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 jan./abr.;26(1):50-7.
27. Martinelli RLC. Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.
28. Martinelli RLC. Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.



29. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honorio HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validity and reliability of the neonatal tongue screening test. Rev. CEFAC. 2016 Nov-Dez; 18(6):1323-31.
30. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honorio HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validation of the Lingual Frenulum Protocol for Infants. Int J Orofacial Myology. 2016 Nov;42:5-13.
31. Brasil. Presidência da República. Lei federal nº 13.002 de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo lingual em bebês. Brasília, DF; 2014 [Acesso em: 2018 jul 18]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/72056902/dou-edicao-extra-secao-1-23-06-2014-pg-4>
32. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 199, de 06 de outubro de 2017. Brasília (BR): Prêmio Capes de Tese - Edição 2017, teses defendidas em 2016 [Acesso em: 2018 jul 18]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Portaria-199-Premio-Capes-de-Tese-2017.pdf>
33. Marchesan IQ, Krakauer LH, Duarte LM, Rahal A, Catone D, Hermann MA, et al. organizadores. Documento oficial 02/2002 do Comitê de Motricidade Oral da SBFa. 2002 out. São Paulo, SP: SBFa; 2002.
34. ASHA - American Speech-Language-Hearing Association. Evidence-based practice in communication disorders [Position Statement]. 2005 [cited 2018 Jul 19]. Available from: www.asha.org/policy.
35. Paskay LC. Instrumentation and measurement procedures in orofacial myology. Int J Orofacial Myology. 2006;32:37-57.
36. Genaro KF, Berretin-Felix G, Rehder MIBC, Marchesan IQ. Avaliação miofuncional orofacial – Protocolo MBGR. Rev CEFAC. 2009;11(2):237-55.
37. Felício CM, Ferreira CLP. Protocol of myofunctional evaluation with scores. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2008;72(3):367-75.