



Teleconsulta de crianças com disfagia neurogênica

Teleconsultation of children with neurogenic dysphagia

Teleconsulta de crianças com disfagia neurogênica

Wiliane de Souza Martins¹, Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima¹, Taciana Melo Cruz¹, Letícia Daiana Freitas da Silva¹, Renata Alves de Sousa¹, Cynthia Maria Barboza do Nascimento¹, Coeli Regina Carneiro Ximenes¹, Tatiana de Paula Santana da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Construir e validar o conteúdo de um protocolo de teleconsulta para crianças com disfagia neurogênica. **Métodos:** Pesquisa metodológica, desenvolvida entre março de 2021 a outubro de 2022. Foi elaborada uma proposta preliminar de protocolo, construído a partir de uma revisão sistemática e submetida ao comitê de juízes experts para fins de validação do conteúdo. A amostra foi do tipo conveniência não probabilística caracterizada por nove profissionais da Fonoaudiologia. A validação seguiu os princípios da Técnica Delphi e a concordância dos juízes quanto à representatividade dos itens em relação ao conteúdo foi aferida pelo Índice de Validade de Conteúdo para cada Item (I-IVC). **Resultados:** A versão final do protocolo incluiu quatro domínios: gestão do cuidado e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, orientações sobre disfagia orofaríngea neurogênica, medidas para promoção de alimentação segura (prevenção de episódios de aspiração pulmonar) e condutas de orientação para o manejo da disfagia. O protocolo mostrou-se válido, com IVC igual ou acima do valor preestabelecido (80%) com perfeita concordância na verificação da confiabilidade entre examinadores. **Conclusão:** Segundo os resultados apresentados, o conteúdo é apropriado e pertinente para o uso em teleconsulta de crianças com disfagia neurogênica.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Transtornos de deglutição, Criança, Orientação infantil, Consulta remota.

ABSTRACT

Objective: To build and validate the content of a teleconsultation protocol for children with neurogenic dysphagia. **Methods:** Methodological research, developed between March 2021 and October 2022. A preliminary protocol proposal was prepared, based on a systematic review and submitted to the committee of expert judges for content validation purposes. The sample was a non-probabilistic convenience sample characterized by nine speech therapy professionals. Validation followed the principles of the Delphi Technique and the judges' agreement regarding the representativeness of the items in relation to the content was measured by the Content Validity Index for each Item (I-IVC). **Results:** The final version of the protocol included four domains: care management and quality of life of patients and caregivers, guidance on neurogenic oropharyngeal dysphagia, measures to promote safe eating (prevention of episodes of pulmonary aspiration) and guidance for management of dysphagia. The protocol proved to be valid, with CVI equal to or above the pre-established value (80%) with perfect agreement in verifying reliability between examiners. **Conclusion:** According to the results presented, the content is appropriate and relevant for use in teleconsultation for children with neurogenic dysphagia.

Keywords: Speech therapy, Deglutition disorders, Child, Child guidance clinics, Remote consultation.

RESUMEN

Objetivo: Construir y validar el contenido de un protocolo de teleconsulta para niños con disfagia neurogênica. **Métodos:** Investigación metodológica, desarrollada entre marzo de 2021 y octubre de 2022. Se elaboró una propuesta de protocolo preliminar, a partir de una revisión sistemática y presentada al comité de jueces

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE.

expertos para fines de validación de contenido. La muestra fue no probabilística por conveniencia caracterizada por nueve profesionales de logopedia. La validación siguió los principios de la Técnica Delphi y el acuerdo de los jueces sobre la representatividad de los ítems en relación al contenido fue medido por el Índice de Validez de Contenido de cada Ítem (I-IVC). **Resultados:** La versión final del protocolo incluyó cuatro dominios: gestión de la atención y calidad de vida de pacientes y cuidadores, orientación sobre disfagia orofaríngea neurogénica, medidas para promover una alimentación segura (prevención de episodios de aspiración pulmonar) y orientación para el manejo de la disfagia. El protocolo demostró ser válido, con CVI igual o superior al valor preestablecido (80%) con perfecta concordancia en la verificación de confiabilidad entre examinadores. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados presentados, el contenido es apropiado y relevante para su uso en teleconsulta para niños con disfagia neurogénica.

Palabras clave: Logopedia, Trastornos de la deglución, Niños, Orientación infantil, Teleconsulta.

INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos mostram um aumento da incidência de distúrbios de alimentação/deglutição na população pediátrica. Hoje, cerca de 1% das crianças apresentam disfagia e aproximadamente 80% da população infantil com atrasos no desenvolvimento têm dificuldades importantes na dinâmica alimentar, sendo a disfagia neurogênica o diagnóstico mais frequente (11,1%) (LAWLOR CM e CHOI S, 2020). A disfagia neurogênica (DN) ocorre tipicamente em pacientes com doença neurológica de diferentes etiologias, e está associada à alta mortalidade, morbidade e custos sociais (PANEBIANO M et al., 2020). Muitas das decisões clínicas que orientam o cuidado de crianças disfagia neurogênica está focadas em maximizar a participação dos cuidadores para prevenir as complicações associadas à função motora anormal e a alimentação.

Na literatura, é bem reconhecido que a intervenção precoce pode reduzir o risco de complicações como desnutrição, desidratação, pneumonia e diminuir o risco de morbidade e mortalidade (PANEBIANO M et al., 2020). Na atualidade, as barreiras para o manejo e tratamento da deglutição são várias incluindo desde fatores que impedem o atendimento e a reabilitação como a distância e o tempo para chegar aos serviços de saúde bem como a falta de terapeutas especializados e as dificuldades de complexidade do diagnóstico clínico geralmente associadas à disfagia (REVERBERI C, 2022).

Nessa perspectiva, é importante apoiar e utilizar estratégias como a teleconsulta, por exemplo, para minimizar e superar essas barreiras e dificuldades a fim de garantir o cuidado em saúde. As teleconsultas caracterizam-se por consultas realizadas à distância, geralmente de maneira síncrona, envolvendo a comunicação com áudio e vídeo, na qual o fonoaudiólogo pode fornecer orientações aos pacientes ou responsáveis (FERRARI DV, et al., 2020).

Dados da American Speech-Language-Hearing Association consideram hoje as ações de teleconsulta como um serviço adequado (ASHA, 2010). Em particular, as teleconsultas podem ser consideradas um recurso valioso para superar alguns problemas de localização de instalações, garantindo o acesso aos cuidados de pacientes em áreas rurais e remotas. Adicionalmente, esta modelagem pode ainda contribuir na redução de custos, aumentando a recuperação e promovendo a autonomia pessoal do paciente e de seu cuidador, incentivando o gerenciamento de suas necessidades de saúde (THOMAS EE, et al., 2020; MALANDRAKI GA, et al., 2021). Adicionalmente, os benefícios incluem também a possibilidade de monitorar periodicamente o paciente garantindo a continuidade dos cuidados em longo prazo, especialmente no caso de doenças neurodegenerativas (THEODOROS D, et al., 2019). Nos últimos anos, o crescente interesse pela oferta de serviços de saúde à distância e o desenvolvimento nas telecomunicações levaram a um aumento significativo na aplicação da teleconsultas. Apesar disso, estudos sobre o gerenciamento de distúrbios da deglutição nesse contexto permanecem limitados (CARDA S, et al., 2020; MILES AI, et al., 2021; REVERBERI C, et al., 2022).

Considerando essa necessidade latente acerca das evidências da teleconsulta direcionada à disfagia infantil, é importante a proposição de instrumentos fidedignos e válidos para minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos (RAYMUNDO VP, et al., 2009).

Dessa maneira, reconhecer a qualidade dos instrumentos é um aspecto primordial para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, reafirmando a importância do processo de validação (MEDEIROS RKS, et al., 2015). Assim, o estudo teve por objetivo construir e validar o conteúdo de um protocolo de teleconsulta para crianças com disfagia neurogênica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica, cujo foco inclui o desenvolvimento e validação de conteúdo de um protocolo para obtenção de resultados sólidos e dados confiáveis (MELO WS, et al., 2017). O período de desenvolvimento da pesquisa foi entre março de 2021 a outubro de 2022. Foi elaborada uma proposta preliminar do protocolo, construído a partir de uma revisão e submetida ao comitê de juízes expert's para fins de validação do conteúdo.

Por ser tratar de um estudo metodológico, descritivo e por se constituir em uma pesquisa de validação de conteúdo, a amostra foi do tipo conveniência não probabilística caracterizada por profissionais da fonoaudiologia. Quanto ao número ideal de juízes, foram utilizados os critérios estabelecidos por autores que sugerem que o número inclua no mínimo três sujeitos e estabelece que sejam no máximo vinte indivíduos, além de reafirmar a importância de se trabalhar com número ímpar de juízes para evitar empate nas opiniões (FREITAS LV, et al., 2012; PASQUALI L, 2010; VIANNA CIO e SUZUKI HS, 2010; OLIVEIRA MS, et al., 2008). Nesse sentido, levando em consideração os critérios acima, optou-se nesta pesquisa por trabalhar com nove juízes.

Para a seleção do comitê de especialistas (juízes), foi realizada a técnica bola de neve, que consiste em um processo em cadeia de referências iniciado pelos informantes chaves que atuam como “sementes” que auxiliam no processo de localizar pessoas com o perfil necessário para a pesquisa (VINUTO J, 2014). Os nove juízes foram distribuídos em grupos: Grupo 1- Especialistas em Telefonaudiologia, Grupo 2 - Especialistas em Disfagia e Grupo 3 – Profissionais da Fonoaudiologia especialistas em outras áreas da Fonoaudiologia, tendo em cada grupo três juízes especialistas.

Os especialistas deveriam atender aos critérios de inclusão previamente estabelecidos: Grupo 1: ter experiência e/ou publicações na temática de telefonaudiologia e/ou telessaúde e ter no mínimo 2 anos de atuação profissional na Fonoaudiologia. Para o Grupo 2: ter experiência no atendimento clínico de pacientes com disfagia, ter conhecimento e/ou publicações na temática de telefonaudiologia e/ou telessaúde e ter no mínimo 2 anos de atuação profissional em Fonoaudiologia.

Por fim, o Grupo 3: ser profissional da fonoaudiologia e ser especialista e/ou apresentar publicações fora das temáticas de telefonaudiologia e/ou telessaúde. Como critério de exclusão considerou-se os fonoaudiólogos que não apresentaram registro ativo de exercício profissional junto ao Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Os juízes foram convidados via e-mail à participação e após aceite a partir da concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam as respectivas instruções de participação através de reunião por videochamada (a partir da plataforma Google Meet® (<https://meet.google.com/?authuser=2>) e posteriormente receberam o protocolo juntamente com um instrumento de avaliação construído pelas pesquisadoras, o qual continha as instruções necessárias para o devido preenchimento do instrumento e condução do processo de validação de conteúdo de acordo com os critérios estabelecidos que incluem a análise dos critérios: clareza de linguagem, relevância ecológica e representatividade dos itens do protocolo, levando a formação do Coeficiente de Validade do Conteúdo (CVC) (NIETO RAH, 2002 e BALBINOTTI MAA, 2005).

A validação seguiu os princípios da técnica Delphi, que consiste numa consulta a um grupo de especialistas através de um questionário, que retorna aos especialistas contínuas vezes até que haja um consenso (WRIGHT JTC, GIOVAZZO RA, 2020). O instrumento de validação foi composto pelos domínios do protocolo preliminar e os itens a serem julgados, como a relevância e pertinência para o atendimento remoto,

clareza do conteúdo, linguagem, objetividade e precisão das expressões utilizadas, forma de apresentação do instrumento, a necessidade de modificação (sim/não) e sugestões de alteração. A partir da leitura de cada questão, e dos seus respectivos itens, cada participante avaliou a relevância e a viabilidade de cada um dos itens que compõem as questões a partir da escala LIKERT (escala para medir posturas e opiniões com um nível maior de nuance que uma simples pergunta de "sim" ou "não") adaptada de 01 a 04, em que 01 (não adaptado/irrelevante); 02 (pouco adaptado/pouco relevante); 03 (adaptado/relevante) e 04 (muito adaptado/muito relevante).

Após o envio do instrumento avaliativo, os juízes tiveram prazo máximo para realizarem a devolução das avaliações até 30 dias. Quando todos os especialistas entregaram, sequencialmente foi realizada a análise das sugestões e do Índice de Validade de Conteúdo para cada Item (I-IVC) do instrumento bem como as alterações consideradas pertinentes. O I-IVC que afere a concordância dos juízes quanto à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em questão, foi calculado a partir do número total das respostas "3" e "4" de cada juiz, em cada item do instrumento, dividido pelo número total de juízes (IVC= número de respostas "3" e "4"/ número total de juízes X 100).

Como critério de aceitação, foi estabelecida uma concordância $\geq 80\%$ para o IVC na avaliação de cada critério como para a avaliação geral de cada item (LUCIAN R e DORNELAS JS, 2015; RUBIO DM, et al., 2003). Foram realizadas as modificações pertinentes constituindo assim uma nova versão do protocolo que foi encaminhada após sete dias, a contar da data de retorno do último especialista, ao comitê de juízes para nova apreciação. A cada rodada de avaliação entre o comitê de juízes houve uma adequação do protocolo, a fim de que este obtivesse um consenso entre os avaliadores. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade em que o estudo foi realizado, sob número CAAE: 56745822.1.0000.5208, parecer nº 5.337.300.

RESULTADOS

Ao analisar a avaliação realizada pelos juízes e o índice de concordância, houve aprovação do protocolo e, o único domínio com índice razoável, foi aprovado na segunda rodada de avaliação por unanimidade. Estes resultados revelam que o protocolo criado é passível de aplicação no contexto das teleconsultas em disfagia infantil, contribuindo para geração de informações nesta área ainda carente de evidências. Dos nove juízes selecionados, sete são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Seis são docentes de universidades federais, duas atuam no âmbito hospitalar e uma atua como professora e audiologista. Em relação à titulação, seis possuem doutorado, uma possui mestrado e dois com mestrado em andamento (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Perfil dos juízes segundo o sexo, formação, titulação e função/ vinculação atual, 2022.

Código	Sexo	Formação	Titulação	Função/vinculação atual
J1	Feminino	Fonoaudióloga	Doutora em Saúde Pública	Docente
J2	Feminino	Fonoaudióloga	Doutora em Saúde Pública	Docente
J3	Feminino	Fonoaudióloga	Doutora em Saúde Pública	Docente
J4	Feminino	Fonoaudióloga	Mestranda em Saúde da Comunicação Humana	Profissional da fonoaudiologia atuando no âmbito hospitalar
J5	Feminino	Fonoaudióloga	Mestre em Saúde da Comunicação Humana	Profissional da fonoaudiologia atuando na unidade de terapia intensiva no atendimento a disfagia no adulto e na pediatria
J6	Feminino	Fonoaudióloga	Doutora em Saúde da criança e do adolescente	Docente
J7	Feminino	Fonoaudióloga	Doutora em neuropsiquiatria e ciências do comportamento	Professora e audiologista
J8	Masculino	Fonoaudiólogo	Doutor em Saúde Coletiva	Docente
J9	Masculino	Fonoaudiólogo	Mestrando em Saúde Coletiva	Docente

Nota: J: juiz.

Fonte: Martins WS, et al., 2024.

A versão preliminar do protocolo, elaborada com base nos resultados da revisão sistemática, continha quatro domínios: 1. gestão do cuidado e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, 2. orientações sobre disfagia orofaríngea neurogênica, 3. medidas para promoção de alimentação segura (prevenção de episódios de aspiração pulmonar) e 4. condutas de orientação para o manejo da disfagia. Divididos em 14 objetivos e 23 recomendações de roteiro. Após análise da primeira rodada de avaliação pelos juízes, verificou-se concordância para 11 dos 14 itens. O IVC nesta primeira etapa variou entre 50 e 100% de concordância dos itens a partir dos critérios pertinência para o atendimento remoto, clareza do conteúdo, linguagem e objetividade/precisão. Dessa forma, as recomendações elencadas nesta primeira etapa foram acatadas e o protocolo foi novamente encaminhado aos juízes para nova análise. Na segunda rodada de avaliação ocorreu consenso entre os juízes para todos os domínios e objetivos com IVC igual ou acima do valor preestabelecido e nesse sentido, foram considerados como tendo conteúdo válido (**Quadro 2**).

Quadro 2- Índice de validade de conteúdo para cada item (i-ivc%) do instrumento, segundo as avaliações dos juízes, 2022.

Critérios						
Domínios	Objetivos	Roteiro	Pertinência para o atendimento remoto	Clareza do conteúdo	Linguagem	Objetividade/precisão
Gestão do cuidado e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores	A) Realizar escuta qualificada das demandas e questões trazidas pelos cuidadores acerca do manejo da criança com disfagia neurogênica	Proporcionar um momento de acolhimento e escuta do cuidador por meio de conversa espontânea.	100%			
	B) Estabelecer vínculo com o cuidadores, C) Estimular no cuidador o senso crítico e reflexão sobre o papel do cuidador	Estimular o debate com o cuidador sobre a importância do envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação, para que ocorra a melhora no manejo do paciente.	100%	80%		
	D) Promover apoio fonoaudiológico e emocional ao cuidador	Identificar e entender as dificuldades do papel do cuidador, bem como as dificuldades em relação à dinâmica familiar. Reforçar positivamente os esforços e conhecimentos dos cuidadores Incentivar o compartilhamento das responsabilidades com outros membros da família.	100%			
	E) Aprimorar as habilidades comunicativas do profissional com o cuidador.	Desenvolver uma comunicação clara com o cuidador, para evitar sobrecarga ou a falta de informações, com orientações pontuais e realizadas gradativamente de acordo com a necessidade e singularidade de cada família.	100%		80%	
	F) Debater sobre a importância da qualidade de vida dos cuidadores	Alinhar a proposição de medidas para melhorar a qualidade de vida à perspectiva que o indivíduo tem sobre a mesma, entretanto pode-se propor como alternativas: prática de exercícios físicos, psicoterapia, leitura, atividades de lazer, etc.	100%			
	G) Debater sobre a importância da manutenção da qualidade de vida do paciente	Estimular a alimentação segura e eficiente, objetivando dentre outras coisas o ganho de peso. Sensibilizar sobre a importância da realização dos exercícios e estimulações recomendadas pelos profissionais para promover a alimentação mais segura e eficiente, além de melhorar a qualidade de vida.	80%			
Orientações sobre disfagia orofaríngea neurogênica	H) Elaborar anamnese com o cuidador acerca da rotina alimentar da criança	Dialogar com o cuidador sobre a alimentação atual da criança: Qual a consistência administrada? Quais utensílios utilizados para oferta e a forma dessa oferta? Qual a postura alimentar	100%			

		adotada usualmente? Essa triagem ajudará a definir que tipo de orientação ofertar.		
	I) Explicar para o cuidador o que seria a disfagia e seus riscos	Explicar ao cuidador o que é a disfagia neurogênica orofaríngea por meio de linguagem adaptada ao nível de entendimento de cada um deles.	100%	80%
	J) Apresentar para o cuidador alguns dos sinais e sintomas de disfagia	Citar quais os sinais e/ou sintomas mais comuns apresentados pelo paciente: Salivação excessiva Regurgitação de alimentos pela boca e/ou nariz Tosses Engasgos. Presença de resíduo alimentar na boca e/ou região faríngea após a alimentação Perda de peso Aumento do tempo de alimentação Apresentar cansaço/ desconforto respiratório ao se alimentar; Sonolência durante a refeição; Presença de desconforto abdominal		100%
Medidas para promoção de alimentação segura (prevenção de episódios de aspiração pulmonar).	K) Orientar o cuidador acerca das medidas preventivas de baixo custo úteis à promoção de segurança (redução do risco de aspiração pulmonar)	Esclarecer para o cuidador que a aspiração é um evento grave e que pode por em risco a vida do paciente, podendo causar infecção pulmonar, hospitalização e óbito. Esclarecer para o cuidador que esse evento pode ser reduzido a partir da adoção de rotinas de segurança, especialmente durante a alimentação, diminuindo os episódios de engasgos. Incentivar a adoção de condutas seguras de acordo com as orientações da equipe de saúde, incluindo a mudança de postura corporal das crianças durante a alimentação e modificação da consistência alimentar que será oferecida à criança; monitorar sinais de aspiração, alerta de asfixia, desconforto respiratório, dor ao deglutir, atentar para a velocidade de oferta e para as mudanças ambientais a fim de minimizar distrações/ruídos e observar a iluminação. É importante que se faça o monitoramento durante e após cada refeição ofertada à criança.	80%	100%
Condutas de orientação para o manejo da disfagia	L) Esclarecer o cuidador sobre a importância de identificar os utensílios apropriados para a oferta da dieta	Explicar para o cuidador que os utensílios devem ser apropriados e adequados a cada paciente como o copo, talheres, canudo e tapetes antiderrapantes. Estimular o uso de utensílios para facilitar a oferta dos alimentos, cabendo ao profissional discernir quais as orientações são possíveis para cada caso.		100%
	M) Orientar o cuidador sobre a importância da consistência alimentar para segurança e conforto do paciente	Esclarecer que consistência do alimento oferecido depende das dificuldades e possibilidades de cada paciente. Contudo, são consideradas consistências mais seguras a pastosa grossa e líquidos engrossados.		80%


	N) Orientar o cuidador sobre a postura durante a alimentação, para promover maior segurança e proteção das vias aéreas.	Explicar ao cuidador que posicionamento vai levar em consideração as possíveis alterações posturais de cada criança e adaptações que podem ser realizadas visando uma ingestão segura de via oral. Explicar quais seriam as posturas mais seguras para a alimentação de pacientes com disfagia: Posição sentada com a cabeça alinhada, para tal pode-se lançar mão de equipamentos de posicionamento e suporte incluindo cadeiras, almofadas e apoios de cabeça. Informar ao cuidador que aguarde aproximadamente 30 minutos após as refeições para poder deitar a criança.	100%	
	O) Fornecer orientações sobre manobra auxiliar na deglutição	Informar sobre a importância das manobras auxiliares na deglutição como: comando verbal, concentração e tranquilização antes de iniciar a refeição.	100%	
	P) Sensibilizar o cuidador à estimulação da autonomia da criança durante a alimentação, nos casos em que seja possível tal ação.	Quando a criança apresentar habilidades para desenvolver determinada função de maneira autônoma, que o cuidador torne a rotina de alimentação um processo que promova e encoraje o desenvolvimento dessas novas habilidades, reduzindo a dependência funcional. Por exemplo: a criança que tenta manusear os talheres para se alimentar, mas o cuidador não valoriza essa ação e continua alimentando-a colocando o alimento em sua boca.	100%	80%


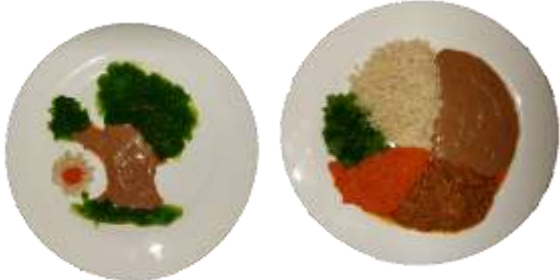
Fonte: Martins WS, et al., 2024.

Quadro 3 - Protocolo de orientações para uso em teleconsulta de crianças com disfagia neurogênica.

Encontros	Domínios	Objetivos	Roteiro
-----------	----------	-----------	---------

1 a 2	Gestão do cuidado e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores	a) Realizar escuta qualificada das demandas e questões trazidas pelos cuidadores acerca do manejo da criança com disfagia neurogênica	Proporcionar um momento de acolhimento e escuta do cuidador por meio de conversa espontânea.
		b) Estabelecer vínculo com o cuidadores. c) Estimular no cuidador o senso crítico e reflexão sobre o papel do cuidador	Estimular o debate com o cuidador sobre a importância do envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação, para que ocorra a melhora no manejo do paciente.
		d) Promover apoio fonoaudiológico e emocional ao cuidador	Identificar e entender as dificuldades do papel do cuidador, bem como as dificuldades em relação à dinâmica familiar. Reforçar positivamente os esforços e conhecimentos dos cuidadores; Incentivar o compartilhamento das responsabilidades com outros membros da família.
		e) Aprimorar as habilidades comunicativas do profissional com o cuidador.	Desenvolver uma comunicação clara com o cuidador, para evitar sobrecarga ou a falta de informações, com orientações pontuais e realizadas gradativamente de acordo com a necessidade e singularidade de cada família.
		f) Debater sobre a importância da qualidade de vida dos cuidadores	Alinhar a proposição de medidas para melhorar a qualidade de vida à perspectiva que o indivíduo tem sobre a mesma, entretanto pode-se propor como alternativas: prática de exercícios físicos, psicoterapia, leitura, atividades de lazer, etc.
		g) Debater sobre a importância da manutenção da qualidade de vida do paciente	Estimular a alimentação segura e eficiente, objetivando dentre outras coisas o ganho de peso. Sensibilizar sobre a importância da realização dos exercícios e estimulações recomendadas pelos profissionais para promover a alimentação mais segura e eficiente, além de melhorar a qualidade de vida.
3 a 4	Orientações sobre disfagia orofaríngea neurogênica	h) Elaborar anamnese com o cuidador acerca da rotina alimentar da criança	Dialogar com o cuidador sobre a alimentação atual da criança: Qual a consistência administrada? Quais utensílios utilizados para oferta e a forma dessa oferta? Qual a postura alimentar adotada usualmente? Essa triagem ajudará a definir que tipo de orientação ofertar.

		<p>i) Explicar para o cuidador o que seria a disfagia e seus riscos</p>	<p>Explicar ao cuidador o que é a disfagia neurogênica orofaríngea por meio de linguagem adaptada ao nível de entendimento de cada um deles.</p> 
		<p>j) Apresentar para o cuidador alguns dos sinais e sintomas de disfagia</p>	<p>Citar quais os sinais e/ou sintomas mais comuns apresentados pelo paciente: Salivação excessiva; Regurgitação de alimentos pela boca e/ou nariz, Tosses; Engasgos; Presença de resíduo alimentar na boca e/ou região faríngea após a alimentação, Perda de peso, Aumento do tempo de alimentação, Apresentar cansaço/ desconforto respiratório ao se alimentar; Sonolência durante a refeição; Presença de desconforto abdominal.</p>
<p>5 a 6</p>	<p>Medidas para promoção de alimentação segura (prevenção de episódios de aspiração pulmonar).</p>	<p>k) Orientar o cuidador acerca das medidas preventivas de baixo custo úteis à promoção de alimentação com segurança (redução do risco de aspiração pulmonar)</p>	<p>Esclarecer para o cuidador que a aspiração é um evento grave e que pode por em risco a vida do paciente, podendo causar infecção pulmonar, hospitalização e óbito. Esclarecer para o cuidador que esse evento pode ser reduzido a partir da adoção de rotinas de segurança, especialmente durante a alimentação, diminuindo os episódios de engasgos. Incentivar a adoção de condutas seguras de acordo com as orientações da equipe de saúde, incluindo a mudança de postura corporal das crianças durante a alimentação e modificação da consistência alimentar que será oferecida à criança; Monitorar sinais de aspiração, alerta de asfixia, desconforto respiratório, dor ao deglutir, atentar para a velocidade de oferta e para as mudanças ambientais a fim de minimizar distrações/ruídos e observar a iluminação. É importante que se faça o monitoramento durante e após cada refeição ofertada à criança.</p>

7 a 10	Conduas de orientação para o manejo da disfagia	l) Esclarecer o cuidador sobre a importância de identificar os utensílios apropriados para a oferta da dieta	<p>Explicar para o cuidador que os utensílios devem ser apropriados e adequados a cada paciente como o copo, talheres, canudo e tapetes antiderrapantes. Estimular o uso de utensílios para facilitar a oferta dos alimentos, cabendo ao profissional discernir quais as orientações são possíveis para cada caso.</p> 
		m) Orientar o cuidador sobre a importância da consistência alimentar para segurança e conforto do paciente	<p>Esclarecer que consistência do alimento oferecido depende das dificuldades e possibilidades de cada paciente. Contudo, são consideradas consistências mais seguras a pastosa grossa e líquidos engrossados.</p> 
		n) Orientar o cuidador sobre a postura durante a alimentação, para promover maior segurança e proteção das vias aéreas.	<p>Explicar ao cuidador que posicionamento vai levar em consideração as possíveis alterações posturais de cada criança e adaptações que podem ser realizadas visando uma ingestão segura de via oral. Explicar quais seriam as posturas mais seguras para a alimentação de pacientes com disfagia: Posição sentada com a cabeça alinhada, para tal pode-se lançar mão de equipamentos de posicionamento e suporte incluindo cadeiras, almofadas e apoios de cabeça. Informar ao cuidador que aguarde aproximadamente 30 minutos após as refeições para poder deitar a criança</p>
		o) Fornecer orientações sobre manobra auxiliar na deglutição	<p>Informar sobre a importância das manobras auxiliares na deglutição como: comando verbal, concentração e tranquilização antes de iniciar a refeição.</p>

		p) Sensibilizar o cuidador à estimulação da autonomia da criança durante a alimentação, nos casos em que seja possível tal ação.	Quando a criança apresentar habilidades para desenvolver determinada função de maneira autônoma, que o cuidador torne a rotina de alimentação um processo que promova e encoraje o desenvolvimento dessas novas habilidades, reduzindo a dependência funcional. Por exemplo: a criança que tenta manusear os talheres para se alimentar, mas o cuidador não valoriza essa ação e continua alimentando-a colocando o alimento em sua boca.
--	--	--	---

Legenda: Este protocolo constitui um dos produtos da dissertação intitulada VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TELECONSULTA DE CRIANÇAS COM DISFAGIA NEUROGÊNICA que está sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco pela mestrandia Wiliane de Souza Martins sob orientação da Prof^a. Dr^a. Tatiana de Paula Santana da Silva e coorientação da Prof^a. Dr^a. Coeli Regina Carneiro Ximenes. Este protocolo foi construído tendo como base as evidências selecionadas e analisadas a partir de uma revisão sistemática da literatura, devidamente protocolada junto a PROSPERO (número de registro: CDRD42022313644). O objetivo deste protocolo é servir de instrumento norteador, fornecendo orientações para uso em teleconsulta de crianças com disfagia neurogênica, dessa forma, optou-se por apresentar o mesmo em formato de quadro síntese, no qual são apresentados os domínios, metas, ações e roteiro que serão conduzidos a cada encontro de teleorientações. Ressalta-se que todas as informações contidas no protocolo, sobretudo as que fazem parte do item roteiro, serão adaptadas a realidade sociocultural, pelo profissional, no momento de consulta visando maior entendimento do público. Imagens ilustrativas feitas em registro fotográfico pela autora: Martins WS, et al., 2024

Fonte: Martins WS, et al., 2024.

Adicionalmente ainda na primeira rodada, houve sugestões para reorganizar a estrutura do protocolo, identificando os domínios por cores e algarismos romanos, as metas/ações identificadas por letras e os roteiros por algarismos arábicos. Além disso, houve substituição do termo “metas/ações” por “objetivos” e adição do objetivo h) e roteiro X no 2º domínio- orientações sobre disfagia orofaríngea neurogênica. Foram adicionadas ilustrações nos itens “i) /XI”, “l) /XVIII”, “m) /XIX” e “n) /XXII” com a finalidade de facilitar o processo de compreensão dos assuntos abordados. No domínio 1 (gestão do cuidado e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores) cujo objetivo proposto é debater sobre a importância da manutenção da qualidade de vida dos cuidadores, verificou-se que o objetivo “Propor medidas alternativas como a prática de exercício físico resistido para melhorar o índice da qualidade de vida” foi considerado 100% pertinente para o atendimento remoto, 80% claro em seu conteúdo e linguagem e apenas 60% objetivo.

Diante do baixo índice em relação à objetividade, o objetivo foi modificado de acordo com as sugestões dos experts, resultando no item f) / VII da versão final do protocolo: “Alinhar a proposição de medidas para melhorar a qualidade de vida à perspectiva que o indivíduo tem sobre a mesma, entretanto pode-se propor como alternativas: prática de exercícios físicos, psicoterapia, leitura, atividades de lazer, etc”. É válido destacar que este foi julgado adequado e aprovado na segunda rodada de avaliação pelo comitê de juízes. O item “e) / VI” foi retificado e a recomendação “oferecer assistência ao cuidador na tomada de decisão” retirado do protocolo por apresentar IVC <80% em três dos quatro critérios avaliados.

Foi realizada ainda a unificação dos objetivos “Esclarecer que esse evento pode ser reduzido a partir da adoção de rotinas de segurança” e “Explicar para o cuidador que a adoção de uma rotina alimentar auxilia na redução dos episódios de engasgo” no 3º domínio, resultando no item “k) / XIV” (Esclarecer para o cuidador que esse evento pode ser reduzido a partir da adoção de rotinas de segurança, especialmente durante a alimentação, diminuindo os episódios de engasgos).

Além dos critérios avaliados de maneira quantitativa pelo IVC, foi realizada uma análise dos critérios: “Qual sua opinião sobre a forma de apresentação do instrumento?” e “O item precisa ser modificado? (sim/não)”. Em relação ao primeiro critério, os especialistas pontuaram de modo geral que o instrumento apresenta escrita clara e com informações suficientes, explicativo, objetivo, coerente e apresenta uma linguagem acessível. No segundo critério, os juízes realizaram observações acerca da necessidade de modificação dos itens e do protocolo em si, sendo evocadas poucas sugestões de reestruturação. De modo geral, foram realizadas revisões textuais, ortográficas, ratificações e retificações de termos, unificação de itens e adição de ilustrações, resultando na versão final (QUADRO 3) composta por em quatro domínios, 16 objetivos e 24 recomendações de roteiro.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram adequação quanto à validade de conteúdo para todos os domínios. Isso evidencia que o protocolo é um instrumento promissor para uso em teleconsultas de orientação junto a pais e/ou cuidadores de crianças com disfagia neurogênica. Refletindo sobre esse aspecto, o Conselho Federal de Fonoaudiologia publicou resoluções direcionadas à Telefonaudiologia. A resolução mais recente e vigente regulamenta a “Telefonaudiologia como o exercício da Fonoaudiologia, mediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs), para fins de promoção de saúde, do aperfeiçoamento da fala e da voz, assim como para prevenção, identificação, avaliação, diagnóstico e intervenção dos distúrbios da comunicação humana, equilíbrio e funções orofaciais” (BRASIL, 2020).

Além dessa iniciativa, foi disponibilizado a toda classe de fonoaudiólogos um manual de boas práticas relacionadas à telessaúde. O documento traz a dimensionalidade das ações e reitera a necessidade de repensá-las sob a ótica de estratégia potencial para promoção da saúde da comunicação humana e reabilitação dos distúrbios da comunicação (FERRARI DV, et al., 2020). A telessaúde em fonoaudiologia está em plena expansão no Brasil com futuras ampliações da oferta de serviços e as práticas de telefonaudiologia estão se incorporando e renovando funcionalmente os serviços de saúde (FONSÊCA RO, et al., 2015). A telefonaudiologia mostrou-se uma estratégia de cuidado efetiva e viável por meio da ferramenta teleconsulta para orientação e aconselhamento auditivo e na linguagem (NIELSEN CB, CARNEIRO LA, 2015; DIAL HR,

et al., 2019). Outra área em desenvolvimento em telefonaudiologia é a área da disfagia. Apesar do progresso, até o momento, são escassas as evidências científicas para apoiar a utilização da teleconsulta no contexto da disfagia neurogênica infantil, além das pro-duções científicas com esse enfoque serem incipientes e de baixo nível de evidência (CATALANI B, et al., 2016). Enfatiza-se a importância da telefonaudiologia nesse âmbito, sobretudo na relação entre a crescente demanda populacional, barreiras geográficas e a es-cassez de profissionais especializados em disfagia orofaríngea.

Em relação aos domínios propostos para construção do protocolo, pode-se verificar, segundo avaliação dos juizes, que estes podem ser considerados válidos e alcançaram níveis satisfatórios em relação aos critérios da pertinência para o atendimento remoto, clareza do conteúdo, linguagem e objetividade/precisão. Anterior à modificação, o objetivo VII considerava apenas a prática de exercício físico resistido como forma de melhorar o índice da qualidade de vida dos cuidadores. Entretanto, a qualidade de vida é mais do que apenas o estado de saúde física de um paciente. As caracterizações de qualidade de vida incluem geralmente múltiplos domínios tais como o exame psicológico, o espiritual, o econômico, o social e o familiar (NOBREGA R, 2010).

A gestão do cuidado em saúde dos cuidadores permeia não somente a proposição de atividades alternativas, mas é necessário a compreensão desses fatores psicossociais, econômicos, arranjos familiares, dentre tantos outros que levam ao adoecimento do responsável pela atitude do cuidar. Compreender que quanto maior o nível de comprometimento funcional da criança, maior comprometimento na qualidade de vida do cuidador, podendo levar a menor inserção social, além de gerar demandas emocionais e físicas (GOMES AAB, et al., 2021). Assim também no âmbito financeiro, onde os cuidadores que passam por limitações financeiras após adoecimento crônico da criança/adolescente aumentam em duas vezes a chance de possuir uma qualidade de vida baixa (CARDOSO ELS, et al., 2021). No domínio 4 (condutas de orientação para o manejo da disfagia) cujo um dos objetivos foi “orientar o cuidador sobre a postura durante a alimentação, para promover maior segurança e proteção das vias aéreas”, este foi considerado 80% pertinente para o atendimento remoto e 70% claro em seu conteúdo, linguagem e objetividade.

Atendendo as recomendações dos juizes, o mesmo foi reformulado, culminando no item n)/ XX, XXI, XXII da versão final do protocolo: “Orientar o cuidador sobre a postura durante a alimentação, para promover maior segurança e proteção das vias aéreas”; “Explicar ao cuidador que posicionamento vai levar em consideração as possíveis alterações posturais de cada criança e adaptações que podem ser realizadas visando uma ingestão segura de via oral”; “Explicar qual a postura mais segura para a alimentação de pacientes com disfagia: Posição sentada com a cabeça alinhada, para tal pode-se lançar mão de equipamentos de posicionamento e suporte incluindo cadeiras, almofadas e apoios de cabeça”; “Informar ao cuidador que aguarde aproximadamente 30 minutos após as refeições para poder deitar a criança”, respectivamente.

Os índices de 70% nos critérios clareza e objetividade revelam a importância de estabelecer uma comunicação mais clara e objetiva para facilitar o processo de compreensão do conteúdo exposto. Utilizar habilidades de comunicação aprimoradas para construção de relacionamentos terapêuticos e otimizar resultados é um ponto fundamental na atuação em telefonaudiologia. Sobretudo considerando as características sensoriais, cognitivas e comportamentais dos pacientes que é relevante estabelecer uma comunicação com maior clareza e objetividade possível (FERRARI DV, et al., 2020). Além disso, o acréscimo dos itens XX e XXII são válidos e justificáveis já que é fundamental levar em consideração as possíveis alterações posturais de cada criança e adaptações que podem ser realizadas de acordo com as múltiplas realidades e condições socioeconômicas que cada família apresenta.

A postura mais adequada para uma alimentação oral segura nem sempre depende de dispositivos de autocusto como, cadeira de roda, mas como demonstrado em estudo (ADAMS, et al., 2011) necessita apenas do saber realizar as adaptações mais adequadas às diferentes situações como, por exemplo, posturar a criança no colo do cuidador(a) ou ainda na utilização de tecnologias e dispositivos de baixo custo como assento de baixo custo feito de papelão reforçado. Dados mostram que a postura em hiperextensão cervical promove abertura das vias aéreas, o que prejudica a dinâmica da deglutição aumentando o risco de aspiração e/ou complicações respiratórias, comprometendo a proteção das vias aéreas inferiores (MAGGIONI L,

ARAUJO CMT, 2020). Estabelecer o controle da cabeça e a estabilidade de todo o corpo (pelve, quadris, tronco, cintura escapular e pernas) permite maior segurança durante a alimentação (CHARPENTIER A, et al., 2018).

O acréscimo do item XXII que estabelece um determinado tempo após as refeições para poder deitar a criança é importante tendo em vista as recomendações posturais como uma das formas de prevenção da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A recomendação do tempo entre a refeição até deitar varia de acordo com a literatura, contudo estudos orientam ficar na posição vertical e evitar deitar-se nas duas horas após as refeições (RIVIÈRE P, et al., 2021; FRAGA PL e MARTINS FSC, 2012). A partir da análise qualitativa, os especialistas consideraram o instrumento dentre outras coisas, pertinente, objetivo e coerente. Reconhecer a qualidade dos instrumentos é um aspecto primordial para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, reafirmando a importância do processo de validação (MEDEIROS RKS, et al., 2015). Os métodos psicométricos mais explorados para a validade de uma medida são a validade de construto, a de critério e a validade de conteúdo (PASQUALI L, 2010).

A validação de conteúdo apresenta duas etapas, sendo a primeira caracterizada pelo desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a análise e julgamento pelos experts. A análise de juízes ou análise de conteúdo é baseada, necessariamente, no julgamento realizado por um grupo de juízes experientes na área, a qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MEDEIROS RKS, et al., 2015). Como limitação desse estudo pode ser apontado o fato de tratar-se restritamente de uma avaliação de validade, sendo necessárias pesquisas posteriores para verificar a confiabilidade do instrumento aqui apresentado. No entanto, pode-se considerar este protocolo válido para aplicação de teleconsultas em crianças com disfagia neurogênica. O estudo de validação de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item com a colaboração de experts, porém existem limitações nos estudos de validade de conteúdo que precisam ser observadas, visto que a análise dos especialistas é subjetiva e, por conseguinte, podem existir distorções nos estudos (RUBIO DM, et al., 2003).

CONCLUSÃO

Os itens do protocolo, segundo avaliação dos juízes, podem ser considerados válidos e alcançaram níveis satisfatórios em relação aos critérios da pertinência para o atendimento remoto, clareza do conteúdo, linguagem e objetividade/precisão. Além de viabilizar um protocolo de cuidado que pode ser aplicado via remota para o apoio à assistência em disfagia pediátrica, essa pesquisa pode vir a vias de contribuição no aumento da aceitação pública e governamental da telefonaudiologia como estratégia de cuidado em saúde da comunicação humana e promotora da qualidade de vida dos indivíduos em diferentes contextos populacionais. A aplicação do instrumento pode contribuir futuramente para a ampliação da qualidade de vida pela melhoria dos sistemas de saúde remotos, revelando grande impacto social. Nesse sentido é fundamental a realização de estudos posteriores de validação de face.

REFERÊNCIAS

1. ADAMS MS, et al. Feeding difficulties in children with cerebral palsy: low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. *Child: Care, Health and Development*. 2011; 38(6): 878–88.
2. ASHA. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. 2010. Telepractice: overview. Disponível em: <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>. Acessado em: 29 de setembro de 2021.
3. BALBINOTTI MAA. Para se avaliar o que se espera: Reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. *Aletheia*. 2005; (21): 43-52.
4. BATTEL I, et al. Cross-Cultural Validation of the Italian Version of the Functional Oral Intake Scale. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 2018; 70: 117–23.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO CFFa nº 580. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências [20 de agosto de 2020]. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_580_20.htm. Acessado em: 12 de junho de 2021.
6. CARDA S, et al. COVID-19 pandemic. What should Physical and Rehabilitation Medicine specialists do? A clinician's perspective. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2020; 56: 515–24.

7. CARDOSO ELS, et al. Factors associated with the quality of life of caregivers of children and adolescents with chronic conditions. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42: 20190318.
8. CATALANI B, et al. Tele-educação e teleatendimento em disfagia orofaríngea: revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Distúrbios da Comunicação*, 2016; 28(4).
9. CHARPENTIER A, et al. A service evaluation of parent adherence with dysphagia management therapy guidelines: reports from family carers supporting children with complex needs in Greece. *Journal Electronic Disability and Rehabilitation*, 2018; 42(3): 426–33.
10. DIAL HR, et al. Investigating the utility of teletherapy in individuals with primary progressive aphasia. *Clinical Interventions in Aging*, 2019; 14: 453–471.
11. FERRARI DV, et al. Telefonaudiologia: modelos e atividades. In: Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD, Ramos SM, organizadoras. *Diretrizes De Boas Práticas Em Telefonaudiologia: Conselho Federal de Fonoaudiologia*; 2020; 1-96.
12. FONSÊCA RO, et al. Telessaúde em fonoaudiologia no Brasil: revisão sistemática. *Revista Eletrônica CEFAC*, 2015; 17(6): 2033–2043.
13. FRAGA PL e MARTINS FSC. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. *Cadernos UniFOA*. 2012; 7(18): 93-99.
14. FREITAS LV, et al. Exame físico no pré-natal: construção e validação de hiperímia educativa para a Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(4): 581–588.
15. GOMES AAB, et al. Investigação da qualidade de vida dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Fisioterapia Brasil*. 2021; 22(5): 625-636.
16. LAWLOR CM e CHOI S. Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A review. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck*, 2020; 146(2): 183-191.
17. LUCIAN R e DORNELAS JS. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. *Revista de Administração Contemporânea*, 2015; 19(2): 157-77.
18. MAGGIONI L e ARAÚJO CMT. Guidelines and practices on feeding children with cerebral palsy. *Journal of Human Growth and Development*, 2020; 30(1): 6574.
19. MALANDRAKI GA, et al. Telehealth for Dysphagia Across the Life Span: Using Contemporary Evidence and Expertise to Guide Clinical Practice During and After COVID-19. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021; 30(2): 532–550.
20. MEDEIROS RKS, et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 2015; 4(4): 127-135.
21. MELO, WS, et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017; 70(3): 526–534.
22. MILES A, et al. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Journal Dysphagia*. 2021; 36: 170–182.
23. NIELSEN CB e CARNEIRO LA. Telessaúde: verificação da efetividade de um programa de orientação e aconselhamento audiológico para adultos através da teleconsulta. *Revista Eletrônica de Distúrbios da Comunicação*, 2015; 27(4): 696-706.
24. NIETO RAH. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002; 119.
25. NOBREGA KIM. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em cuidadores de criança com neoplasia cerebral. *Periódicos de Psicologia*, 2011; 13(1).
26. OLIVEIRA MS, et al. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2008; 17(1): 115–138.
27. PANEBIANCO M, et al. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Journal of the Neurological Sciences*. 2020; 41(11): 3067-3073.
28. PASQUALI L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
29. RAYMUNDO VP. Construção e validação de instrumentos: Um desafio para a psicolinguística. *Revista Eletrônica Letras de Hoje*. 2009; 44(3): 86-93.
30. REVERBERI C, et al. The neurogenic dysphagia management via telemedicine: a systematic review. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine*. 2022; 58(2): 179-189.
31. RIVIÈRE P, et al. Low FODMAPs diet or usual dietary advice for the treatment of refractory gastroesophageal reflux disease: An open-labeled randomized trial. *Neurogastroenterology & Motility*. 2021; 33(9): 14181.
32. RUBIO DM, et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 2003; 27(2): 94-105.
33. THEODOROS D, et al. Technology-enabled management of communication and swallowing disorders in Parkinson's disease: a systematic scoping review. *Internat journal of language & communication disorders*, 2019; 54: 170–88.
34. THOMAS EE, et al. Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2020; 28(4): 301-308.
35. VIANNA CIO e SUZUKI HS. Paralisia cerebral: análise dos padrões da deglutição antes e após intervenção fonoaudiológica. *Revista CEFAC*, 2011; 13(5): 790-800.
36. VINUTO J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*, 2014; 22(44): 203–220.
37. WRIGHT JTC e GIOVINAZZO RA. Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 2000; 1(12): 54-65.