

Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10

Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool – EAT-10

Maria Inês Rebelo Gonçalves^{1,2}
Carla Bogossian Remaill²
Mara Behlau³

Descritores

Transtornos de deglutição
Fonoaudiologia
Transtornos da alimentação
Indicador de risco
Deglutição
Questionários

Keywords

Deglutition disorders
Speech, language and hearing sciences
Eating disorders
Risk index
Deglutition
Questionnaires

RESUMO

O *Eating Assessment Tool* (EAT-10) foi conceitualmente desenvolvido nos Estados Unidos da América, a partir de informações de 482 pacientes, para o uso como instrumento de autoavaliação do risco de disfagia e de sintomas para evidenciar respostas clínicas ao tratamento. O objetivo deste estudo é apresentar a equivalência cultural da versão brasileira do EAT-10. O processo seguiu as recomendações do *Scientific Advisory Committee of Medical Outcome Trust* (SACMOT). O questionário foi traduzido para a língua portuguesa por duas fonoaudiólogas brasileiras bilíngues, cientes do objetivo desta pesquisa. Uma retrotradução foi efetuada por uma terceira fonoaudióloga brasileira, bilíngue e professora de inglês, não participante da etapa anterior. Após comparação das traduções, produziu-se uma única versão traduzida denominada Instrumento de Autoavaliação da Alimentação (EAT-10), aplicada em um grupo de 107 indivíduos adultos, internados no Hospital São Paulo, com solicitação de avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição. No processo de tradução e adaptação cultural, não houve modificação e/ou eliminação de nenhuma questão. A composição do EAT-10 reflete a versão original do inglês, com dez questões, sendo três do domínio funcional, três do domínio emocional e quatro do domínio físico. Houve equivalência cultural do EAT-10 para o português brasileiro, sendo um escore de três ou mais pontos a nota de corte para risco de disfagia também na realidade nacional.

ABSTRACT

The Eating Assessment Tool (EAT-10) was conceptually developed in the United States from data collected from 482 patients, for use as a self-administered survey regarding risk identification of dysphagia and symptoms related to clinical response to treatment. The purpose of this study is to present the cultural equivalence of the Brazilian version of the EAT-10. The process followed the Scientific Advisory Committee of Medical Outcome Trust (SACMOT). The questionnaire was translated by two Brazilian bilingual speech-language pathologists, aware of the purpose of this study. A back translation was performed by a third Brazilian speech-language pathologist, bilingual and English teacher that had not participated in the previous stage. After comparing both translations, a final version of the questionnaire was produced and called *Instrumento de Autoavaliação da Alimentação* (EAT-10). It was administered to 107 adult inpatients of the Hospital São Paulo, with request for bedside clinical evaluation of swallow. During the process of translation and cultural adaptation, no item was modified and/or suppressed. The EAT-10 maintained the same structure as the original American English version with ten questions, of which three of functional domain, three of emotional domain and four of physical symptoms domain. The cultural equivalence of the Brazilian version of the EAT-10 was demonstrated, being a score of three points or above it the cutoff for dysphagia risk, also for the Brazilian population.

Endereço para correspondência:

Maria Inês Rebelo Gonçalves
Departamento de Fonoaudiologia
R. Botucatu, 802, Vila Clementino,
São Paulo (SP), Brasil, CEP: 04023-900.
E-mail: mariainesrg@gmail.com

Recebido em: 29/05/2013

Aceito em: 18/02/2013

CoDAS

Trabalho realizado no Hospital São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(2) Serviço Integrado de Fonoaudiologia, Hospital São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(3) Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: nada a declarar

INTRODUÇÃO

Transtornos de deglutição, também denominados disfagias, ocorrem em grande parte da população. Na literatura, não há dados exatos a respeito da prevalência de disfagia. No entanto, estudos epidemiológicos indicam que ela pode estar ao redor de 22% em indivíduos acima dos 50 anos de idade⁽¹⁾. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 10 milhões de indivíduos são avaliados por dificuldades de deglutição todos os anos⁽²⁾.

É importante ressaltar que as dificuldades de deglutição têm um impacto negativo em diversos aspectos da qualidade de vida⁽³⁾ e podem contribuir com morbidade e mortalidade significantes⁽⁴⁾.

Podemos verificar a presença de disfagia em 20% dos pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson⁽⁵⁾ e em 22% dos pacientes com esclerose lateral amiotrófica⁽⁶⁾. Esse número pode aumentar de 25 a 70% nos acidentes vasculares⁽⁷⁾.

A quantificação do impacto de uma disfagia, seja ele na qualidade de vida, nas complicações pulmonares, etc., deve ser feita de forma rápida e, preferencialmente, em triagem clínica, pelas consequências negativas do risco de problemas de deglutição.

Para quantificar esse impacto, assim como avaliar a evolução do paciente e guiar as decisões terapêuticas, vários protocolos têm sido desenvolvidos, com objetivos diferentes, como as Escalas FOIS⁽⁸⁾, uma escala de ingestão oral, de O'Neill⁽⁹⁾, de gravidade da disfagia, e de Rosenbeck⁽¹⁰⁾, de quantificação de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal. Em sua grande maioria, os protocolos foram elaborados originalmente na língua inglesa e ganharam rápida popularidade clínica e científica.

O Scientific Advisory Committee of Medical Outcome Trust⁽¹¹⁾ recomenda critérios de padronização para desenvolvimento de protocolos de avaliação de qualidade de vida e validações em outros idiomas que não os originais.

Para que esses instrumentos possam ser utilizados em outras realidades culturais, eles devem ser traduzidos e adaptados de acordo com as regras internacionais e, em seguida, devem ter suas propriedades de medida demonstradas num contexto cultural específico⁽¹¹⁾. Assim, o instrumento deve ser cuidadosamente traduzido e culturalmente adaptado, fugindo da simples tradução literal que exclui os contextos culturais e sociais. Ao final do processo, o protocolo traduzido e adaptado deve ser testado, para se certificar de sua adequação e validade para a população, idioma e cultura em questão, seguindo as regras internacionais de adaptação linguística e equivalência cultural, validade, reprodutibilidade, sensibilidade e confiabilidade⁽¹¹⁾.

O *Eating Assessment Tool* (EAT-10) foi conceitualmente desenvolvido a partir de informações de 482 pacientes para uso como um instrumento robusto de autoavaliação da identificação do risco de disfagia⁽¹²⁾, favorecendo a indicação de intervenção multidisciplinar o mais precocemente possível. Tal instrumento, com dez questões de formulação simples, fornece informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo.

O objetivo deste estudo foi realizar a equivalência cultural da versão brasileira do *Eating Assessment Tool* (EAT-10)⁽¹²⁾, por meio de adaptações culturais e linguísticas do instrumento.

MÉTODOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 159.929), o questionário foi traduzido para a língua portuguesa por duas fonoaudiólogas brasileiras bilíngues, cientes do objetivo desta pesquisa, que realizaram a tradução conceitual, evitando o uso literal das palavras ou frases. A seguir, as duas traduções foram comparadas e compiladas em uma única. A retrotradução foi efetuada por uma terceira fonoaudióloga, brasileira, bilíngue, professora de inglês, que não participou da etapa anterior. A tradução e a retrotradução foram confrontadas entre si e também em relação ao conteúdo do instrumento original, sendo que discrepâncias existentes foram analisadas e discutidas por um comitê composto por três fonoaudiólogas especialistas em disfagia, com proficiência na língua inglesa, que realizaram as mudanças necessárias por consenso, produzindo um protocolo final, denominado Instrumento de Autoavaliação da Alimentação – EAT-10 (Anexo 1).

Para obtenção da equivalência cultural e validação da ferramenta, o EAT-10 foi aplicado em um grupo de 107 pacientes adultos, internados no Hospital São Paulo, sendo 30 deles provenientes de UTIs e 77 de enfermarias. Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos, internados, com bom nível cognitivo, capacidade de leitura e/ou compreensão e com solicitação médica de avaliação fonoaudiológica.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que apresentavam dificuldades quanto à leitura e/ou quanto à compreensão das sentenças e/ou instruções, falta de interesse ou indisponibilidade para participar do estudo, presença de alterações que inviabilizassem a aplicação do protocolo e instabilidade do quadro clínico.

Avaliou-se o poder discriminativo do EAT-10 por meio da análise da curva ROC.

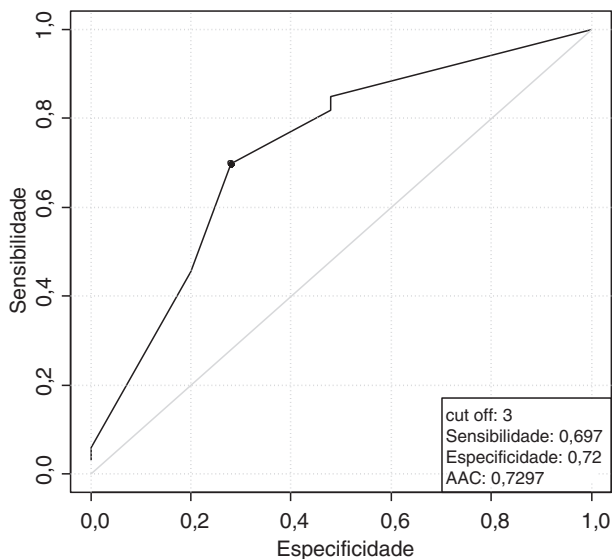
RESULTADOS

Os pacientes responderam a todas as questões sem solicitação de esclarecimentos ou ajuda. Dos 107 participantes, apenas 13 tiveram as questões lidas pela pesquisadora por problemas de dificuldades de leitura ou ausência de óculos no momento do exame.

No processo de tradução e adaptação cultural, não houve modificação e/ou eliminação de nenhuma questão. A composição final da tradução do EAT-10 (Anexo 1), após adaptação cultural e linguística, apresenta dez questões, das quais três referem-se ao domínio funcional, por exemplo, “Preciso fazer força para beber líquidos”; três são relativas ao domínio emocional (efeito psicológico), por exemplo, “Meu problema para engolir me tira o prazer de comer”; e quatro referem-se ao domínio físico (sintomas orgânicos), por exemplo, “Meu problema para engolir me faz perder peso”.

Para verificar a capacidade de diferenciar os indivíduos sem disfagia, ou disfagia leve, dos que apresentam problemas de deglutição em maior grau, por meio da soma dos resultados do EAT, foi determinada a curva ROC, que revelou que o

instrumento tem um poder discriminativo de 0.7297 ou 72,97%, com $p=0,0029$. O ponto de corte obtido foi de três, com sensibilidade de 69,70% e especificidade de 72,00%, definido como limite de separação entre passa e falha na triagem da alimentação, com precisão considerada boa (Gráfico 1).



Legenda: AAC = área abaixo da curva de Operação do Receptor

Gráfico 1. Curva de características de Operação do Receptor para discriminação de disfagia

Assim, o escore de três pontos, assim como na versão original, foi a nota de corte para o risco de disfagia, ou seja, a tradução do instrumento para a língua portuguesa não interferiu na nota de corte.

DISCUSSÃO

A obtenção da equivalência cultural é o início essencial do processo de validação de protocolos⁽⁴⁾, pois, a partir dela, todo o restante do processo pode ser realizado. Portanto, é por meio da adaptação cultural que um questionário traduzido pode ser direcionado à população da língua em questão.

A literatura é muito clara quanto à necessidade de especificidade de um protocolo de identificação de risco de disfagia, ou seja, o quão específico ele é para a população, situação ou patologia a que se destina. O EAT-10 traz uma importante contribuição para a identificação do risco e de sintomas de disfagia, com consequente indicação precoce de intervenção multidisciplinar e acompanhamento clínico do tratamento. Assim, um escore de três pontos no questionário já é indicativo de risco de disfagia, e o paciente deve ser encaminhado para avaliação fonoaudiológica da deglutição.

É importante ressaltar que o EAT-10 pode ser aplicado em todos os pacientes com suspeita de disfagia, desde que apresentem condições de respondê-lo. É um questionário simples, de rápida aplicação, não requer medidas visuais analógicas e tampouco fórmulas para cálculos. Além disso, pode ser aplicado por vários profissionais de saúde, o que pode favorecer o

aumento de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica, contribuindo para intervenções mais precoces, redução de custos dos tratamentos e melhora da qualidade de vida.

O término do processo de validação do EAT-10 para o português brasileiro, já em fase de conclusão, possibilitará seu uso confiável na prática clínica e na pesquisa, pois a experiência de percorrer os passos para validação de um protocolo ajuda a compreender os aspectos comuns de pacientes com disfagia. Estudos futuros poderão realizar comparações de seus resultados por utilizarem um instrumento padronizado e validado para o nosso idioma, o que viabilizará um maior rigor científico.

CONCLUSÃO

Observou-se equivalência cultural do EAT-10 para o português brasileiro, sem a necessidade de modificação ou retirada de nenhuma questão do protocolo original.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos à equipe da Nestlé Health Science pelo apoio científico.

**MIRG foi responsável pela supervisão da coleta e tabulação dos dados e elaboração do manuscrito. CBR colaborou com a coleta e tabulação dos dados e auxiliou na elaboração do manuscrito. MB foi responsável pela orientação geral da equivalência cultural e colaborou com a elaboração do manuscrito.*

REFERÊNCIAS

1. Howden CW. Management of acid-related disorders in patients with dysphagia. *Am J Med.* 2004;117(5A):44S-48S.
2. Domench E, Kelly J. Swallowing disorders. *Med Clin North Am.* 1999;83(1): 97-113.
3. Lovell SJ, Wong HB, Loh KS, Ngo RY, Wilson JA. Impact of dysphagia on quality of life in nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck.* 2005;27(10):864-72.
4. Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician.* 2000;61(8):2453-62.
5. Volonté MA, Porta M, Comi G. Clinical assessment of dysphagia in early phases of Parkinson's disease. *Neurol Sci.* 2002;23(Suppl 2):S121-2.
6. Kidney D, Alexander M, Corr B, O'Toole O, Hardman O. Oropharyngeal dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis: neurological and dysphagia specific rating scales. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.* 2004;5(3):150-3.
7. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasc Dis.* 2000;10(5):380-6.
8. Crary MA, Mann GDC, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20.
9. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia.* 1999;14(3):139-45.
10. Rosenbek JC, Robbins J, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia.* 1996;11(2):93-8.
11. Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002;11(3):193-205.
12. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Leonard RJ, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(2):919-24.

Anexo 1. Instrumento para identificação do risco de disfagia**Instrumento de Autoavaliação da Alimentação (EAT-10)**

Data: _____ Prontuário: _____

Nome: _____

Peso: _____ Altura: _____

Fale sobre seu problema de engolir.

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados).

O quanto essas situações são um problema para você?

Marque o melhor número para o seu caso.

	0 = não é um problema		4 = é um problema muito grande		
1. Meu problema para engolir me faz perder peso.	0	1	2	3	4
2. Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.	0	1	2	3	4
3. Preciso fazer força para beber líquidos.	0	1	2	3	4
4. Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).	0	1	2	3	4
5. Preciso fazer força para engolir remédios.	0	1	2	3	4
6. Dói para engolir.	0	1	2	3	4
7. Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.	0	1	2	3	4
8. Fico com comida presa/entalada na garganta.	0	1	2	3	4
9. Eu tusso quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir me deixa estressado.	0	1	2	3	4
			Total EAT-10		