

Soraia Alexandra Guerreiro Leal

**Tradução Transcultural e Adaptação do “*Eating Assessment Tool*” para a Língua Portuguesa em Angola**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Terapia da Fala,  
na área de Motricidade Orofacial e Deglutição**

**Orientadora:** Doutora Roberta Gonçalves da Silva, Professora, Fonoaudióloga

**Coorientadora:** Mestre Susana Mestre, Professora, Terapeuta da Fala

Abril, 2015



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO  
SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Soraia Alexandra Guerreiro Leal

## **Tradução Transcultural e Adaptação do “*Eating Assessment Tool*” para a Língua Portuguesa em Angola**

**Projeto elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Terapia da Fala,  
na área de Motricidade Orofacial e Deglutição**

**Orientadora:** Doutora Roberta Gonçalves da Silva, Professora, Fonoaudióloga

**Coorientadora:** Mestre Susana Mestre, Professora, Terapeuta da Fala

**Júri:**

**Presidente:** Mestre Cristina Maria Magalhães de Oliveira Vieira da Silva

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Vogais:** Mestre Susana Isabel Martins Mestre

Professora do Instituto “Ensino Profissional Avançado e Pós-graduado”

Mestre Ricardo Jorge Ferreira dos Santos

Professora do Instituto “Ensino Profissional Avançado e Pós-graduado”

Abril, 2015

## **AGRADECIMENTOS:**

Um agradecimento a todos os que de diferentes formas me acompanharam ao longo deste caminho para a concretização de mais uma etapa da minha vida e em especial:

À minha orientadora, Dra. Roberta Gonçalves da Silva, em particular por acreditar na viabilidade deste estudo pioneiro em Angola e por confiar na minha capacidade de o conduzir. Agradeço toda a dedicação, perseverança e as sempre palavras motivadoras e de incentivo.

À minha coorientadora, Mestre Susana Mestre, pela sempre disponibilidade em ajudar, aconselhar e por toda a força e apoio sempre demonstrado.

A todos os colaboradores que mesmo à distância se mostraram bastante presentes nas várias etapas da conceção deste estudo e a todos os participantes nacionais que se disponibilizaram a colaborar.

Aos meus pais, o meu infinito agradecimento por permitirem não só a concretização desta etapa como de todas as outras. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao Hélder Gomes pela presença de todos os dias, por me fazer acreditar que dois continentes são uma distância mínima. Agradeço toda a força e carinho.

Aos meus eternos amigos Vera, Pedro, Melanie, Leo, Thelma, Nella, Tatiana e Vando que longe ou perto me fazem acreditar e me motivam a fazer e a ser o melhor de mim.

À minha querida amiga e colega de mestrado Inês Amado pelo incansável suporte, apoio e dedicação. Ao Dr. Carlos, médico Infectologista da clínica Multiperfil por toda a ajuda, esclarecimento e apoio.

Em último parágrafo, mas em primeiro, agradeço a Deus a possibilidade da minha vida e de todas as conquistas.

Obrigado!

## RESUMO:

**Introdução:** Os hábitos adquiridos com a globalização e as mudanças do estilo de vida da população angolana estão a contribuir para um aumento de patologias que espelham fatores de risco para a ocorrência de alterações da deglutição. Os instrumentos de triagem da deglutição são o passo inicial para a identificação da disfagia. O *Eating Assessment Tool* (EAT-10) apresenta-se como um instrumento que permite detetar de forma rápida e simples a presença de disfagia, abrangendo um leque variado de patologias. **Objetivo:** Realizar a tradução transcultural e a adaptação do instrumento *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para a língua portuguesa em Angola. **Métodos:** O processo de tradução e adaptação cultural obedeceu a quatro etapas metodológicas: *Tradução* – conduzida por um comité de três tradutores independentes, cuja língua materna é o português e com proficiência na língua inglesa; *Retrotradução* - realizada por um tradutor bilingue, com vivência na cultura americana e angolana; *Painel de peritos* - as versões, traduzida, retrotraduzida e a versão original foram comparadas e analisadas por um painel de seis peritos da área da terapia da fala, com experiência em disfagia; *Validade de conteúdo*- a análise da compreensão e clareza do instrumento foi realizada pela aplicação da versão pré-final do EAT-10 a 37 indivíduos da província de Luanda, de ambos os géneros, com idade superior a 18 anos e sem indícios de perturbações da deglutição, alterações cognitivas, demências e défices auditivos e/ou visuais que inviabilizassem a autorização de consentimento informado, bem como, o preenchimento do questionário. **Resultados:** Foi alcançada a equivalência semântica e de conteúdo. Três traduções e uma retroversão serviram de base à obtenção de uma versão de consenso. O painel de peritos concordou na sua maioria com os itens traduzidos, observando-se percentagens de concordância oscilantes entre os 83,3% e os 100%. O pré-teste demonstrou que 91,9% dos indivíduos consideraram os itens como fáceis de compreender e responder e 89,2% afirmaram que as instruções são claras. **Conclusão:** O EAT-10 foi traduzido e adaptado para a cultura angolana, dando origem à versão na língua portuguesa em Angola do EAT-10: Ferramenta de Triagem da Deglutição.

**Palavras-chave:** triagem, perturbações da deglutição, tradução transcultural

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Lifestyle and habit changes within the population of Angola brought by globalization are contributing for an increase in risk-related pathologies that can trigger changes in deglutition. Deglutition screening tools are the first step for an early detection of dysphagia. The *Eating Assessment Tool* (EAT-10) can be an easy and simple first screening step towards early detection of an array of dysphagia related pathologies. **Objective:** Perform and validate a transcultural translation of the *Eating Assessment Tool* (EAT-10) to the Portuguese language of Angola. **Methods:** The translation process was divided into four interconnected steps: *Translation* – conducted by a committee of three independent translators whose native language is Portuguese and full English proficiency; *Back-translation* – performed by a Portuguese/English bilingual translator with cultural experience in both Angola and America; *Expert panel* – the translated versions and the back-translated versions were compared and analysed by an expert panel of six dysphagia experienced speech therapy professionals; *Contents validation* - a pre-final version was compiled with guidelines from the expert panel which was then applied to a sample of 37 subjects from the Luanda province, from both genders, at least 18 years old and with no signs of deglutition problems, intellectual disability, dementia, hearing loss and/or visual loss that would jeopardize the acknowledgment of the information given prior to the test and the ability to fill a form. **Results:** Semantical and content equivalence was reached. Consensus regarding the pre-final version of the document was also fulfilled. The experts agreed with the majority of the translated items within a range of 83,3% to 100% on the translated items. The content validation phase showed that 91,9% of the subjects considered the questions easy to understand and to answer while 89,2% of the subjects considered the instructions to be clear. **Conclusion:** The EAT-10 was successfully translated and adapted to the Angolan culture therefore creating the EAT-10 version for Angolan Portuguese: A Tool for Screening Deglutition.

**Keywords:** screening, swallowing disorders, transcultural translation

## ÍNDICE:

I. Introdução .....	8
II. Revisão da Literatura .....	11
2.1. Quadro epidemiológico das principais patologias encontradas em Angola que são etiológicas para disfagia orofaríngea.....	11
2.2 Disfagia e quadro epidemiológico em Angola.....	13
2.3. Causas, manifestações e complicações da disfagia orofaríngea.....	15
2.4. Despiste da disfagia orofaríngea .....	17
2.5. A escala EAT-10 .....	20
III. Metodologia.....	22
3.1. Desenho e tipo de estudo.....	22
3.2. Organização do estudo .....	22
3.2.1. Primeira Etapa - Tradução.....	22
3.2.1. Segunda Etapa - Retrotradução .....	23
3.2.1. Terceira Etapa – Análise de Peritos .....	23
3.2.1. Quarta Etapa – Pré-teste.....	24
3.3. Caracterização da Amostra.....	24
3.4. Procedimento de recolha de dados .....	26
3.5. Estratégia de análise de dados.....	26
3.6. Recursos humanos, materiais e financeiros.....	28
IV. Resultados .....	29
4.1. Análise de Peritos.....	29
4.1.1. Análise de concordância inter-juízes pelo coeficiente kappa .....	29
4.1.2. Análise de concordância dos itens por frequência .....	32
4.2. Validação de conteúdo .....	33
4.3. Análise da relação entre as habilitações literárias e a clareza e compreensão dos itens do instrumento.....	35
V. Discussão.....	37
VI. Conclusão.....	42
VII. Referências Bibliográficas.....	43
VIII. Anexos.....	51
IX. Apêndices.....	54

## ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1. Caracterização da amostra do pré-teste quanto à idade.....	25
Tabela 2. Caracterização da amostra quanto ao gênero, estado civil e habilitações literárias .....	67
Tabela 3. Análise entre peritos - valores do coeficiente kappa .....	29
Tabela 4. Relação da intensidade da concordância de valores de kappa e resultados obtidos.....	30
Tabela 5. Análise dos itens por proporção de concordância .....	30
Tabela 6. Resposta dos peritos por item e frequência .....	32
Tabela 7. Sugestão de alteração dos peritos nos itens alvo de discordância .....	33
Tabela 8. Tempo de preenchimento do questionário e da entrevista .....	33
Tabela 9. Opinião geral dos participantes relativamente ao instrumento.....	34
Tabela 10. Opinião específica dos participantes face à compreensão dos itens do instrumento .....	35
Tabela 11. Relação entre as habilitações literárias e clareza das instruções do instrumento .....	36
Tabela 12. Relação entre as habilitações literárias e a compreensão das palavras dos itens do instrumento .....	36

## **SIGLAS**

ASDS - Acute-Stroke Dysphagia Screen

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DNSP - Direção Nacional de Saúde Pública

EAT-10 – Eating Assessment Tool

FEES – Fibrotic Endoscopic Evaluation of Swallowing

GUSS - The Gugging Swallowing Screen

HDL - Lipoproteína de Alta Densidade

HTA – Hipertensão Arterial

HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda

INE – Instituto Nacional de Estatística

MINSa – Ministério da Saúde da República de Angola

MINPLAN – Ministério do Planeamento da República de Angola

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCM – Programa Nacional de Controlo da Malária

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TCE – Traumatismo Crânio – Encefálico

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

## I. INTRODUÇÃO:

O ato de deglutição, aparentemente tão simples na sua concepção, tão automático e necessário para a manutenção da vida, é na verdade, uma resultante de um complexo mecanismo neuromotor, cuja absoluta coordenação em cada e entre as suas fases resultará no efetivo transporte do alimento até ao estômago (Filho, Pisani, Carneiro & Gomes, 1999).

O conceito de disfagia ou dificuldade em deglutir compreende as alterações de condução, sensoriais e motoras que ocorrem durante a deglutição, incluindo o estado de consciência prévio ao ato de comer, reconhecimento visual dos alimentos e as respostas fisiológicas ao cheiro e à apresentação dos alimentos (Burgos *et al.*, 2012). A disfagia encontra-se associada a significativas taxas de morbidade e mortalidade, com consideráveis implicações emocionais e socioeconómicas, sendo frequentemente subvalorizada pelos clínicos e nem sempre reportada pelos pacientes (Belafsky *et al.*, 2008).

As perturbações da deglutição podem ocorrer em qualquer faixa etária, como resultado de uma variedade de alterações congénitas, lesões estruturais anatómicas e/ou condições clínicas. Pode apresenta-se na forma aguda, como resultado de um acidente vascular encefálico (AVE) ou agravar-se lentamente ao longo do tempo como em casos de neoplasias da faringe ou doenças neurológicas progressivas (Burgos *et al.*, 2012).

Frequentemente, a dificuldade no diagnóstico das disfagias é multifatorial. As causas podem ser diversas e associadas à labilidade emocional, às capacidades cognitivas e/ou mudanças comportamentais, que podem mascarar o seu reconhecimento (Schindler & Kelly, 2002).

Nem sempre a disfagia é um sintoma referido pelo paciente. Ekberg e Feinberg (1991) encontraram um número significativo de exames radiológicos com alterações na dinâmica da deglutição, em que os pacientes não apresentavam qualquer queixa associada à disfagia.

Estudos indicam uma variabilidade no que se refere à sintomatologia descrita pelos pacientes associada à disfagia e na consciência que os mesmos têm acerca da sua problemática, constituindo um fator importante para o subdiagnóstico. Por esta razão, estudos demonstram a necessidade do rastreio sistemático a pacientes com patologias de risco em todos os estabelecimentos de saúde (Almirall, Rofes & Serra-Prat, 2012; Serra-Prat, Palomera & Gomez, 2012).

A identificação precoce da disfagia é considerada o primeiro passo vital na abordagem clínica (Perry & Love, 2001).

O despiste precoce através de procedimentos de rastreio compreende a identificação de sinais e sintomas que permitam determinar o risco de disfagia no paciente. Como qualquer método de rastreio, deve ser simples, eficaz, efetivo, seguro e permitir identificar claramente os pacientes de

risco para posterior implementação de métodos clínicos e/ou instrumentais que permitam definir rigorosamente o diagnóstico (Burgos *et al.*, 2012 & Logeman, 1983).

Considerando que no passado a pesquisa concentrou-se principalmente na biomecânica da deglutição e na análise do trânsito oral, nos últimos anos, as medidas de qualidade de vida e ferramentas baseadas nos sintomas relatados pelo paciente, estão a atrair cada vez mais atenção da pesquisa (Schindler *et al.* 2013).

No final do ano de 1990 e o início de 2000 denotou-se uma proliferação de pesquisas relativas à viabilidade do uso de escalas de triagem da deglutição conduzidas por enfermeiros e médicos fisiatras, juntamente com uma maior compreensão dos fatores importantes para a identificação precoce da disfagia e os riscos de aspiração. O corpo de pesquisa, até 2005, demonstrou a necessidade do recurso a escalas de triagem da disfagia confiáveis, com sensibilidade adequada e com precisão para detectar o risco de aspiração e passíveis de ser administradas por uma diversidade de profissionais que têm o primeiro contacto com pacientes com patologias de risco (Donovan *et al.*, 2012).

Embora não hajam evidências que permitam defender que a triagem da disfagia por si só impeça a pneumonia por aspiração ou a melhora dos resultados, os estudos têm demonstrado que em hospitais que utilizam protocolos formais de triagem da disfagia e protocolos de gestão, registam menores taxas de pneumonia do que aqueles sem tais protocolos em vigor (Lakshminarayan *et al.*, 2010).

A escala *Eating Assessment Tool* (EAT-10), concebida por Peter Belafsky (2008) e os seus colaboradores, apresenta-se como um instrumento que permite detetar sintomas específicos da disfagia, de etiologias diversas, compreendendo tanto a disfagia orofaríngea quanto a esofágica.

Permite aceder à severidade dos sintomas, qualidade de vida do paciente, bem como monitorizar o tratamento. É composto apenas por 10 itens, sendo as afirmações classificadas com pontuação de 0 (sem problema) a 4 (grande problema), considerando-se presença de disfagia numa classificação igual ou superior a 3 (Belafsky *et al.*, 2008). Demonstra uma consistência interna e reprodutibilidade excelentes, cuja validade e confiabilidade foram comprovadas num vasto número de pacientes com alterações da deglutição de várias causas, tanto para estabelecer a gravidade dos sintomas iniciais, como para a identificação da disfagia numa variedade de situações clínicas (Burgos *et al.*, 2012).

Em Angola não são ainda conhecidos instrumentos formais, validados linguística e culturalmente que permitam a identificação de pacientes com alterações de deglutição.

A obtenção da versão na língua portuguesa em Angola de um instrumento formal de despiste da disfagia assume significativa importância pela sensibilidade dos testes de despiste na identificação de pacientes com risco de aspiração (Logeman, Veis, Colangelo, 1999). Por outro lado, a carência de profissionais integrados em equipas multidisciplinares e especializados no despiste, avaliação e acompanhamento terapêutico de pacientes com alterações da deglutição enfatiza a necessidade de instrumentos validados, passíveis de serem utilizados por diferentes profissionais.

As características do instrumento EAT-10 face ao despiste rápido de alterações da deglutição de etiologias diversas, simplicidade, facilidade de utilização e cotação e ser acessível à aplicação por vários profissionais no contacto com pacientes com disfagia, permitiram a eleição deste instrumento como objeto do presente estudo.

Neste sentido, o presente estudo pretende responder à seguinte questão orientadora: “A versão na língua portuguesa em Angola do *Eating Assessment Tool* (EAT-10) será equivalente à versão original a nível semântico e de conteúdo?”

Deste modo, e a fim de responder à questão levantada, a presente investigação detém como objetivo: realizar a tradução transcultural e adaptação do instrumento *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para a língua portuguesa em Angola.

## II. REVISÃO DA LITERATURA:

### 2.1 Quadro Epidemiológico das principais patologias encontradas em Angola que são etiológicas da disfagia orofaríngea

As dificuldades encontradas na área de saúde pública nos países subdesenvolvidos são muitas e distintas. O estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um pesado fardo de doenças transmissíveis, mortalidade prematura evitáveis e crescentes doenças crônicas e degenerativas (Queza, 2010).

As doenças transmissíveis dominam ainda o quadro epidemiológico em Angola, com destaque para a malária que é endêmica em todo o país e compreende a principal causa de morbidade e mortalidade. É responsável por cerca de 35% da procura de cuidados curativos e 20% de internamento hospitalar. De acordo com dados oficiais do Programa Nacional do Controlo da Malária, no ano de 2010, a morbidade decorrente desta patologia atingiu os 3.68 milhões de cidadãos (Ministério da saúde de Angola (MINSa), 2009 citado por Queza, 2010; MINSa/ Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), 2011; Ministério do Planeamento (MIPLAN), 2005 & Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis (DNT) começam igualmente a emergir como uma preocupação importante no perfil nosológico do país, com referência aos traumatismos ligados a acidentes de viação (MINSa/ DNSP, 2011), à malnutrição, incluindo a obesidade, as doenças crônicas como a hipertensão arterial (HTA), doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* e os diferentes cancros, que registam um crescimento acentuado (MINSa, 2009 citado por Queza, 2010 & Organização Mundial de Saúde África (OMS África), 2012).

Nas últimas quatro décadas África tem testemunhado uma crescente urbanização, transformações no desenvolvimento económico e mudanças de estilos de vida das populações, que têm contribuindo ativamente para um aumento da incidência de doenças não transmissíveis (Kadiri, 2005 & Dalal *et al.*, 2011).

De acordo com a OMS África (2012), as DNT foram responsáveis por mais de 3 milhões de mortes em 2010, representando 40% do total de óbitos na Região Africana da OMS, e se a tendência atual continuar, prevê-se que as DNT ultrapassem as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais, representando a principal causa de morte em África até 2025. As principais DNT estão ligadas a fatores de risco comuns, nomeadamente o tabagismo, o uso nocivo do álcool, a alimentação pouco saudável, a inatividade física e, em alguns casos, infeções (OMS África, 2012).

As doenças cardiovasculares demarcam-se no topo das DNT, atingindo proporções alarmantes. De acordo com o relatório da OMS (2002) as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 9,2% do total de mortes na região Africana em 2001, destacando-se a hipertensão arterial, o acidente vascular encefálico e patologia cardíaca como as causas mais prevalentes (Kadiri, 2005).

Atualmente, dois terços dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) ocorrem nos países em desenvolvimento. A hipertensão arterial representa o principal fator de risco e o seu controle exerce impacto direto sobre o decréscimo na incidência desta grave complicação, por outro lado, a urbanização acelerada, a maior taxa de natalidade e o aumento na proporção de casos de obesidade contribuem como fatores etiológicos (Kaiser, 2004).

Os dados epidemiológicos referentes ao acidente vascular encefálico (AVE) e à hipertensão arterial em a África são ainda escassos, no entanto, os dados disponíveis mostram que a mortalidade por idade, letalidade e prevalência de acidente vascular encefálico incapacitante em África são semelhantes ou superiores à maioria das regiões mais desenvolvidas. Em África, mais de 90% dos pacientes com AVE hemorrágico e mais da metade com AVE isquémico são encontrados devido a pressão arterial elevada (Mensah, 2008).

O acesso limitado aos serviços de saúde, a baixa qualidade dos cuidados prestados, tratamento farmacológico e hospitalização tardia estão a contribuir para o impacto do AVE em África, que é já reconhecido como uma importante causa de morte em toda a região subsariana (Damasceno, 2010).

Não foram encontrados dados fidedignos da realidade Angolana no que se refere à incidência de acidente vascular encefálico. No entanto, estudos recentes apontam para uma elevada incidência de fatores de risco modificáveis entre a população para doenças cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial, com prevalência estimada de 45,2%, baixo nível de HDL (lipoproteína de alta densidade), obesidade, sedentarismo e HVE (hipertrofia ventricular esquerda), tornando os cidadãos angolanos mais suscetíveis de serem afetados por um evento cardiovascular (Capingana, 2013).

Os números crescentes de acidentes rodoviários ganham especial ênfase nos países subdesenvolvidos, os quais apresentam grandes carências, não só ao nível das redes de transporte, como também ao nível de apoio hospitalar e socorro às vítimas. Em Angola o número de acidentes de viação, bem como, a sinistralidade no trabalho tem-se revelado crescente e constitui uma das principais causas de politraumatismos, incluindo os traumatismos crânio-encefálicos.

A avaliação inicial representa um desafio mesmo para profissionais experientes, e o risco de haver lesões não diagnosticadas permanece alto, sobretudo em doentes que frequentemente estão

etilizados ou apresentam alterações do estado de consciência por lesões crânio-encefálicas (Magalhães, Coelho, Sozinho, 2011).

O cancro evidencia-se como um relevante problema de saúde pública não só em países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento. Dos dez milhões de novos casos anuais de cancro, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (World Health Organization (WHO), 2002). Em África, o cancro está a tornar-se cada vez mais uma marcante causa da morbidade e mortalidade, sendo estimado que o número de casos de cancro, em África, duplicará até 2030 (Lopes, Conceição, Oliveria, *et al.*, 2012 & Conferência de Ministros da Saúde da União Africana, 2013).

A taxa de incidência normalizada de cancro de acordo com a idade em Angola foi de 12,1/100.000 habitantes (12,2 para homens e mulheres) (Conferência de Ministros da saúde da união africana, 2013). A melhoria da situação socioeconómica de Angola cria condições, para o aumento da esperança de vida, no entanto, as patologias infecciosas, associadas a tumores malignos, são endémicas. Estão assim, criadas as condições para que ocorra um aumento significativo de doentes oncológicos (Lopes, *et al.*, 2012).

## **2.2 Disfagia e quadro epidemiológico em Angola**

As diversas patologias emergentes entre a população angolana, nomeadamente as pertencentes ao leque de doenças não transmissíveis, representam fatores de risco significantes para a ocorrência de alterações da deglutição.

Os principais fatores de risco associados ao AVE como a aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, colesterol, obesidade, hereditariedade, sedentarismo e dilatações do coração (Martins, 2006 citado por Cancela, 2008; Sacco, 2006; Pires, Gagliardi & Gorzoni, 2004), representam uma das atuais preocupações dentro do quadro epidemiológico das DNT's em Angola.

De entre os comprometimentos neurológicos consequentes ao AVE, podem ser destacadas as sequelas motoras globais, da linguagem, fala e na dinâmica da deglutição (Barros, Fábios & Furkim, 2006; Schelp *et al.*, 2004). Estudos apontam a incidência da disfagia pós-AVE entre 37 a 76% dos casos nos primeiros três dias após o evento. Os sintomas podem regredir espontaneamente em algumas semanas, ou, em alguns casos, persistir por alguns meses acarretando complicações clínicas graves (Logeman, Veis & Colangelo, 1999; Barros *et al.*, 2006; Martino *et al.*, 2009).

Até há pouco tempo atrás, os estudos dedicavam-se a investigar quase exclusivamente o acidente vascular encefálico por ser apontado como a causa mais comum da disfagia. Atualmente, a

literatura tem apontado que outras populações podem estar também em risco para alterações da deglutição (Logeman *et al.*, 1999 & Goldsmith, 2000).

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) constitui uma causa comum de incapacidade neurológica. Dos *deficits* motores sequelares, pode ocorrer comprometimento na componente motora responsável pelo processo de deglutição, comprometendo a função em uma ou nas várias fases (Rosado *et al.*, 2005). Pacientes pós-TCE apresentam na sua grande maioria lesões difusas e incidência da disfagia acima de 61%. Por outro lado, a frequente necessidade de traqueostomia e ventilação mecânica nesta população, incluindo falhas cognitivas, são potenciais fatores de risco para alterações da deglutição (Hutchins, 1989; Mackay & Morgan, 1999 citados por Vanin, 2004; Jacobi, Levy & Silva, 2003).

O tratamento do cancro da cabeça e do pescoço acarreta alterações anatomofisiológicas do sistema estomatognático, descompensando funções, tais como a deglutição. A disfagia causada pelo tratamento do cancro da cabeça e do pescoço ocasiona limitações na qualidade de vida do paciente (Jacobi *et al.*, 2003). Nas interferências mecânicas, a disfagia caracteriza-se pela perda de controlo do bolo pelas estruturas necessárias para completar a deglutição. Estão relacionadas com fatores infecciosos, inflamatórios, traumáticos ou pós-cirúrgicos (Jacobi *et al.*, 2003; Macedo, Gomes & Furkim, 2000).

A malária pode manifestar-se como síndrome discreto ou como uma sobreposição de síndromes aparentando múltiplas etiologias. A malária severa é um distúrbio complexo multi-sistémico, com muitas semelhanças à síndrome de sépsis, traduzido por uma gama variável de quadros clínicos (Weatherall *et al.*, 2002 & Machintosh, *et al.*, 2004; Warrel, 1997; White & Ho 1999; WHO, 1990 citados por Monteiro, 2011). A malária cerebral, o edema pulmonar, a insuficiência renal aguda, a anemia severa e as manifestações hemorrágicas são as complicações mais graves da malária severa (Trampuz, 2003). Pode causar prostração ou incapacidade de ingerir líquidos pela via oral ou ainda, em crianças menores, a incapacidade de mamar. Com a progressão da doença pode surgir disfunção respiratória (Weatherall & Clegg, 2002).

No exame físico do doente com malária cerebral podem observar-se anormalidades neurológicas que se assemelham ao de uma encefalopatia simétrica difusa (Trampuz, 2003 & Warrel, 1997 citado por Monteiro, 2011). Os sinais de progressão da malária cerebral são muito variáveis, a doença pode evoluir para paralisia dos nervos cranianos e afectação do tronco cerebral que culmina com paragem respiratória (Trampuz, 2003). Têm sido descritas como as sequelas mais comuns na fase aguda da patologia, a hemiplegia, ataxia, dificuldade na audição, alterações visuais, incluindo cegueira cortical, epilepsia e disfagia (Weatherall 2002; Warrel, 1997 citado por Monteiro, 2011).

A malária grave é uma emergência médica, devendo ser tratada em unidade de tratamentos intensivos (UTI) (Weatherall *et al.*, 2002; WHO, 2010b citado por Monteiro, 2011).

### **2.3 Causas, manifestações e complicações da disfagia orofaríngea**

A dinâmica da deglutição é concretizada por uma série de fenômenos neurais e musculares afinados e modulados pelo centro da deglutição no tronco cerebral (Castell & Donner, 1987). É iniciada conscientemente no adulto e envolve quatro fases: preparatória oral, oral faríngea e esofágica (Filho *et al.*, 1999; Logeman, 1983; Jacobi *et al.*, 2003).

Qualquer alteração motora, sensorial ou no mecanismo das estruturas envolvidas na deglutição pode resultar em dificuldade ou desconforto para deglutir, caracterizando a disfagia (Martino, 2006 & ASHA, 2002 citados por Puarari, 2011).

Alterações anatômicas ou fisiológicas podem ocorrer em qualquer uma das fases da deglutição (Logeman, 1983) em função da consistência do bolo alimentar (Marchesan, 1999). Alterações da fase oral ou faríngea da deglutição são conhecidas como disfagia orofaríngea, decorrente mais frequentemente de problemas locais, neurológicos ou musculares. Este sintoma é frequentemente caracterizado como uma dificuldade de transferência do alimento da cavidade oral para a faringe e esôfago de modo a iniciar o processo de deglutição involuntária (Castell & Donner, 1987). A disfagia esofágica é o resultado de qualquer obstrução mecânica do órgão ou alteração na mobilidade, que afeta a própria função muscular do esôfago (Marchesan, 1999). É caracterizada pelas alterações da deglutição que ocorrem no plano abaixo do esfíncter cricofaríngeo (Filho *et al.*, 1999).

As anomalias no processo de deglutição têm etiologia multifactorial e complexa, o que por vezes dificulta o esclarecimento do diagnóstico da sua causa efetiva (Yang & Valenzuela, 1992; Filho *et al.*, 1999).

A disfagia é observada em numerosas patologias, frequentemente, associada a causas neurológicas, mecânicas, psicogênicas ou decorrente de fatores como a idade, medicação ou traumas (Yang & Valenzuela, 1992; Filho *et al.*, 1999 & Buchholz, 1994).

A disfagia neurogênica compreende as alterações da deglutição que ocorrem em virtude de patologia neurológica ou traumas físicos relacionados com o sistema nervoso central. (Buchholz, 1994 & Winstein, 1983). Embora a disfagia neurogênica possa afetar adversamente a função do esôfago, os sintomas decorrem maioritariamente de alterações sensório-motoras das fases oral e faríngea da deglutição (Buchholz, 1994). A terapêutica medicamentosa usada vulgarmente no

tratamento de patologias neurológicas pode precipitar ou agravar as dificuldades de deglutição de alguns pacientes (Bakheit, 2001).

Na disfagia mecânica o controlo neurológico central e os nervos periféricos encontram-se intatos, no entanto, as estruturas anatómicas apresentam alterações de causas frequentemente relacionadas com traumas, inflamações agudas dos tecidos da orofaringe, cirurgia da cabeça e pescoço, ressecções cirúrgicas, tumores ou doenças congénitas, que conferem dificuldades no processo de deglutição (Macedo *et al.*, 2000).

A disfagia pode ser também uma manifestação de quadros ansiosos, depressivos ou mesmo conversivos, denominada por disfagia psicogénica (Vaiman, Shoval & Gavriel, 2008; Barofsky & Fontaine, 1998).

A ação de alguns fármacos pode desencadear alterações da deglutição como efeito colateral ou como complicações consequentes (Stoschus & Allescher, 1993; Buchholz, 1994).

Pacientes em unidades de cuidados intensivos recebem frequentemente procedimentos que podem aumentar o risco de alterações da deglutição (Smith, Logeman & Colangelo, 1994; Tolep, Getch & Criner, 1996). A entubação oro-traqueal, usada comumente em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração, pode determinar prejuízos no processo de deglutição (Tolep, *et al.*, 1996; Kunigh & Chehter, 2007; Ajemian *et al.*, 2011). A literatura tem descrito com frequência a alteração do reflexo de deglutição como um dos prejuízos (Castell & Donner, 1987), fator que pode contribuir significativamente para o aumento do risco de aspiração após a extubação (Martino *et al.*, 2009; Jacobi *et al.*, 2003 & Padovani, *et al.*, 2008). Por outro lado, a presença de cânula de traqueostomia pode igualmente acometer efeitos adversos sobre a deglutição, contribuindo para alterações no encerramento glótico, diminuição da pressão subglótica, da elevação laríngea e ainda, dessensibilização da laringe (Bonano, 1970; Ajemian *et al.*, 2011; Tolep, *et al.*, 1996).

Os sintomas mais frequentes da disfagia orofaríngea compreendem a tosse ou engasgo, dificuldade em iniciar a deglutição, elevação ausente ou anormal da laringe durante a deglutição, sensação de corpo estranho na garganta, odinofagia, xerostomia, sialorreia, alterações da qualidade vocal, pigarreio, refluxo nasal, dispneia, pneumonias recorrentes, tempo de alimentação aumentado, mudanças de hábitos na dieta e perda de peso inexplicável. Na disfagia esofágica, os sintomas mais comuns estão associados à sensação de pressão e dor no peito, azia crónica, regurgitação oral ou faríngea e pneumonia recorrente (Ehrlich, 2008 citado por Albini, 2011 & Logeman, 1983).

A disfagia pode levar o paciente a uma condição de desidratação, desnutrição e infeções respiratórias (Ekberg, Hamdy & Woisard, 2002). As complicações resultam frequentemente de uma deglutição insegura e inadequada, contribuindo para broncoaspiração e consequentemente a

pneumonia, ou de ingestão insuficiente de alimento e/ou líquido que conferem um deficitário aporte calórico e de hidratação ao paciente (Logeman, 1983). A pneumonia por aspiração pode favorecer tempos de internamento mais prolongados, septicemia e pode mesmo conduzir a óbito, pelo que, a determinação da etiologia e de estratégias de gestão clínica face à aspiração são consideradas como essenciais na sua prevenção (Teasell, Foley, Fisher, *et al.*, 2002).

Cerca de um terço dos pacientes com disfagia aspira alimento ou líquido e em cerca de 40% dos mesmos, a aspiração é silenciosa, sem evidência de sinais comuns como a tosse. Paradoxalmente, pacientes que aspiram, frequentemente não se queixam de dificuldades de deglutição e nem sempre os sinais clínicos são confiáveis a esta complicação (Bakheit, 2001).

A desnutrição é uma condição clínica frequente em pacientes com disfagia, sendo que as carências proteico-calóricas prolongadas podem privar as funções imunológicas, contribuindo para aumento da morbidade decorrente do maior risco a doenças infecciosas. Tem sido sugerido que a desnutrição proteico-calórica pode alterar a função nervosa e muscular, favorecendo as dificuldades da deglutição (Hudson, Daubert & Mills, 2000; Elmstahl *et al.*, 1999).

A desidratação, por sua vez, pode levar a condições crónicas, como o desequilíbrio electrolítico e dificuldades respiratórias muito relacionadas com a qualidade mais espessa das secreções (Jones *et al.*, 1999 citado por Vanin, 2004 & Ekberg, Hamdy & Woisard, 2002).

Além dos prejuízos no estado de saúde geral do paciente, os distúrbios da deglutição têm um considerável impacto a nível social e emocional (Burgos *et al.*, 2012). Ekberg *et al.* (2002) relataram que 41% dos pacientes com disfagia queixam-se de pânico ou ansiedade durante as refeições e que 36% evitam comer acompanhados, devido às dificuldades relacionadas com a deglutição. Os pacientes disfágicos tendem a isolar-se, a sentirem-se excluídos, ansiosos e angustiados no momento das refeições (Ekberg *et al.*, 2002).

## **2.4 Despiste da disfagia orofaríngea**

Os testes de rastreio, definidos como procedimentos que têm o objetivo de detetar qualquer indicação clínica de uma disfunção da deglutição (Perry & Love, 2001), são recomendados na identificação de pacientes com sinais sugestivos ou risco de disfagia (Hitchey, 2005).

Evidências emergentes mostram que a deteção precoce da disfagia reduz não apenas as complicações pulmonares, como também reduz o tempo de internamento e os custos globais de saúde para pacientes na fase aguda (Martino, *et al.*, 2009).

Daniels *et al.* (2012) informa que a triagem da deglutição é o passo inicial para a identificação de risco de disfagia e essencial no encaminhamento precoce para avaliação e tratamento em terapia da fala.

Para Donovan *et al.* (2003) uma ferramenta de triagem da disfagia deve ser válida, ou seja, capaz de medir o risco de disfagia e aspiração, a possibilidade de alimentação por via oral e a necessidade de uma avaliação completa da função alimentar. Além disso, ela deve ser confiável: várias pessoas poderão administrar o teste e obter resultados semelhantes (confiabilidade inter-observador), e se a mesma pessoa repetir o teste no mesmo paciente deverá obter resultados semelhantes à primeira aplicação (confiabilidade intra-examinador).

Logeman, *et al.* (1999) acrescentam que os instrumentos de rastreio para disfagia orofaríngea devem ser formulados para serem de rápida aplicação, relativamente não-invasivos e que ofereçam pouco risco ao paciente.

As triagens devem ter ainda em conta, fatores de sensibilidade (detetar os pacientes com risco de disfagia) e especificidade (excluir os que não se encontram em risco).

É necessário que permita também um método de re-triagem, nos pacientes em que originalmente o teste foi negativo, mas que ao longo do tempo apresentam um declínio das suas funções cognitivas e neurovegetativas (Donovan *et al.*, 2013).

Idealmente, as ferramentas de rastreio para disfagia devem especificar quais são os profissionais apropriados e qual o nível de formação necessária para administrar o rastreio. No entanto, deve levar-se em conta a escassez de terapeutas da fala nas unidades de cuidados terciários, o que enfatiza a necessidade de que as ferramentas de triagem da deglutição possam ser aplicadas pelos demais profissionais da saúde, os quais estejam em contato precoce com o paciente, diminuindo assim o tempo de espera e minimizando os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente (Donovan *et al.*, 2013).

Edmiaston *et al.* (2010) realizaram uma revisão bibliográfica de instrumentos de triagem de disfagia com o objetivo de desenvolver uma ferramenta simples destinada a pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico. Da revisão elaborada verificaram que várias das ferramentas de rastreio têm alta sensibilidade à disfagia ou aspiração, concorrente validade e confiabilidade inter-examinadores, no entanto, nenhuma das ferramentas de triagem observadas incluem todos estes itens.

São abaixo descritos alguns dos instrumentos encontrados na literatura para triagem da disfagia, desenvolvidos mais recentemente.

Trapel *et al.* (2007) desenvolveram a ferramenta de triagem da deglutição “*The Gugging Swallowing Screen*” indicada para pacientes pós-AVE. O teste foi dividido em duas partes,

avaliação indireta, composta por avaliação da deglutição de saliva e avaliação direta da deglutição com alimentos de consistências pastosa, líquida e sólida. Compreende a observação da presença, ausência ou atraso do reflexo de deglutição; a presença de tosse antes, durante ou até 3 minutos após a deglutição; alteração da qualidade vocal após a deglutição e presença ou ausência de salivação. O rastreio foi comparado com avaliação endoscópica da deglutição, apresentando 100% de sensibilidade, 50% de especificidade e um valor preditivo negativo de 100% para prever aspiração.

Belafsky *et al.* (2008) desenvolveram um instrumento de triagem da deglutição “*Eating Assessment Tool - EAT-10*”, aplicada a todos os pacientes com indicadores de risco de disfagia independentemente da patologia de base, de forma a confirmar a presença de disfagia, a severidade dos sintomas, qualidade de vida e monitorização do tratamento. A elaboração da escala deu-se em quatro fases que culminaram na elaboração de um instrumento com dez itens. Uma pontuação acima de três indica presença de disfagia.

Edmiaston *et al.* (2010) desenvolveram uma ferramenta de triagem simples da disfagia “*Acute-Stroke Dysphagia Screen – ASDS*”, passível de ser usada por enfermeiros e outros profissionais de saúde e destinada a pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico. Analisa o nível de consciência, itens sugestivos de disartria (assimetria facial, lingual e palatal, funcionalidade dos pares cranianos) e contempla o teste de deglutição de 3-oz de água. Se algum dos itens da triagem for confirmado, o paciente é classificado como de risco e encaminhado para avaliação mais específica da deglutição.

Mandysova *et al.* (2010) elaboraram o teste de triagem da deglutição à beira do leito “*13-Item Bedside Dysphagia Screening Test*” concebido para pacientes com condições neurológicas e otorrinolaringológicas, estáveis clinicamente, alerta, colaborantes e com controlo postural. É composto por treze itens, sendo observadas alterações vocais, presença de disartria, fraqueza muscular, assimetria dos órgãos fonoarticulatórios e deglutição de líquido espessado e fino onde é verificada presença de engasgo, mudança vocal após deglutição, tosse e escape anterior do alimento. Os testes foram comparados com exame endoscópico flexível da deglutição – FEES.

Os instrumentos de triagem da deglutição supracitados, são na sua maioria, validados e destinados a pacientes com patologias específicas, essencialmente com diagnóstico de acidente vascular encefálico. Alguns dos instrumentos requerem especialistas para a sua aplicação e/ou treinados para o efeito.

Em contrapartida, o instrumento EAT-10 pode ser aplicado a todos os pacientes com suspeita de disfagia, abrangendo uma diversidade de patologias. Contrastando com alguns dos instrumentos

referidos, pode ser aplicado por vários profissionais de saúde, proporcionando uma sinalização e um encaminhamento mais precoce do paciente para os profissionais especializados na avaliação, diagnóstico e acompanhamento das perturbações da deglutição.

Apesar da ausência de uma ferramenta de triagem completamente satisfatória, mais uma prova para o benefício de triagem foi obtida a partir de uma pesquisa recente, onde foi verificado que a menor taxa de pneumonia foi identificada em locais com um programa formal de triagem da disfagia, independentemente do método utilizado, em comparação com locais sem tal conduta. Embora estes relatórios de uso de triagens tenham sido resultado de instrumentos de triagem não padronizados, é lógico supor que os benefícios seriam ainda maiores com o uso de uma ferramenta de triagem da disfagia sistematicamente desenvolvida e testada para precisão (Martino, *et al.*, 2009).

## **2.5 A escala EAT-10:**

O *Eating Assessment Tool* (EAT-10) foi criado por Peter Belafsky e colaboradores em 2008. O principal objetivo da concepção da escala EAT-10 prendeu-se com a necessidade de criação de um instrumento de identificação da disfagia de aplicação e conclusão rápida, que pudesse ser aplicado a todos os pacientes acedendo à severidade dos sintomas, qualidade de vida e monitorização do tratamento. A escala é aplicável a qualquer pessoa com disfagia, incluindo casos de disfagia esofágica e orofaríngea (Belafsky *et al.*, 2008).

A criação do instrumento dividiu-se em quatro fases. Na primeira fase, foram criados os itens, tendo posteriormente sido solicitado a uma equipa de profissionais de saúde que, com base numa revisão da literatura acerca da disfagia e na sua própria experiência profissional, criasse uma lista individual de dez questões que considerava pertinente contemplar na escala. Todos estes itens foram revistos, tendo sido seleccionados vinte dos itens escolhidos por cada profissional, criando a EAT-20 (Belafsky *et al.*, 2008).

Na segunda fase, a EAT-20 foi aplicada a um número não especificado de pacientes, em duas ocasiões separadas no mínimo por 24 horas, tendo sido verificada a consistência interna da escala. Após esta fase, as dez questões consideradas mais redundantes foram retiradas, criando-se a EAT-10 (Belafsky *et al.*, 2008).

Numa terceira fase foram criados valores normativos, através da aplicação da escala a 100 voluntários saudáveis (Belafsky *et al.*, 2008).

Na quarta fase, foi confirmada a validade da escala através da sua aplicação a 46 indivíduos antes e depois de receberem tratamento para a disfagia, tendo sido comparados os resultados finais com os dos indivíduos saudáveis e com os resultados da primeira aplicação (Belafsky *et al.*, 2008).

Concebida a escala EAT-10 definitiva, a mesma permite detetar a presença de disfagia e confirmar a sua gravidade e limitações na vida social e emocional do doente, bem como, monitorizar a resposta ao tratamento. Composta apenas por 10 itens, que são classificados com pontuação desde 0 (sem problema) a 4 (grande problema), considera-se a partir de 3 a existência de disfagia. As pontuações finais mais altas indicam maior gravidade da disfagia (Burgos *et al.*, 2012 & Belafsky *et al.*, 2008).

É de fácil cotação e interpretação, sendo um instrumento que não contém subescalas, escalas analógicas visuais, nem mesmo fórmulas para o cálculo da pontuação final, pelo que, o clínico apenas deve somar as pontuações obtidas em cada item.

Apesar da ausência de campos específicos para a classificação da patologia nas suas categorias social, emocional e funcional, esta limitação é compensada pela simplicidade e facilidade de administração e pontuação da prova, bem como, e principalmente, pela sua utilidade em perturbações da deglutição em pacientes com patologias muito variadas (Burgos *et al.*, 2012).

A EAT-10 é indubitavelmente um instrumento útil para a deteção da disfagia e monitorização da resposta de um indivíduo ao tratamento (Belafsky *et al.*, 2008).

## **III. METODOLOGIA:**

### **3.1 Desenho e Tipo de Estudo**

O presente estudo obedece a uma investigação de carácter metodológico transversal que objetiva a tradução e adaptação cultural do instrumento *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para a língua portuguesa em Angola.

Os critérios para a tradução e adaptação cultural satisfizeram as quatro etapas metodológicas propostas pelos autores Guillemim Bombardier e Beaton (1993 citados por Vilelas, 2009) que correspondem à tradução, retroversão, revisão por um grupo de peritos e realização de um pré-teste.

Na sequência das etapas propostas, o presente estudo tomou início com a solicitação da autorização aos autores do EAT-10, nomeadamente ao autor Peter Belafsky, para concretização da tradução e adaptação cultural do referido instrumento para a língua portuguesa em Angola, a qual foi concedida.

Posteriormente à obtenção da autorização procedeu-se à tradução transcultural como etapa inicial, realizada por tradutores nacionais e estrangeiro com residência prolongada em Angola, todos com domínio na língua inglesa. Seguiu-se a realização da retrotradução, por meio da qual a tradução do instrumento foi novamente traduzida para o idioma original, realizada por um tradutor independente bilingue. A terceira etapa, confinada à análise das versões original, traduzida e retrotraduzida, foi conduzida por um painel de peritos com domínio na área da disfagia. Decorreu por fim, a quarta e última etapa correspondente à elaboração e aplicação de um pré-teste para avaliação da compreensão e clareza dos itens do instrumento junto de uma amostra de 37 indivíduos nacionais, selecionados mediante critérios de inclusão definidos previamente.

### **3.2 Organização do estudo**

#### **3.2.1. Primeira Etapa – Tradução**

A primeira etapa metodológica de tradução iniciou-se com a realização de três traduções da versão original do EAT-10 para a língua portuguesa em Angola.

As traduções (T1, T2 e T3) foram conduzidas por um painel de três tradutores independentes cuja língua materna é o português de Angola e Portugal. Dois dos tradutores com nacionalidade Angolana e residência prolongada em território nacional e um terceiro tradutor, de nacionalidade

portuguesa, com residência prolongada em Angola e profissional da área da terapia da fala, familiarizado com a terminologia usada na área da disfagia.

Todos os tradutores detêm proficiência na língua inglesa.

As três traduções obtidas foram fundidas entre si de modo a obter a versão de reconciliação (primeira versão). Os desacordos existentes entre as três traduções e o instrumento original foram avaliados e consolidados num painel de consenso conduzido pelos orientadores do estudo (orientador e coorientador).

### **3.2.2. Segunda Etapa – Retrotradução**

A segunda etapa ergue-se com retrotradução, por meio da qual a primeira versão do EAT-10 foi novamente traduzida ou retrotraduzida para o idioma original. Esta etapa foi dirigida por um tradutor independente bilingue com vivência nas duas culturas, angolana e americana e sem conhecimento da versão original do documento. Nesta etapa procurou-se avaliar as desarmonias de significados, entre o instrumento original e a tradução para a língua-alvo, o português de Angola, de modo garantir a qualidade do instrumento.

### **3.2.3. Terceira Etapa – Painel de Peritos**

Numa terceira fase, as versões original, traduzida e retrotraduzida foram analisadas por um painel de peritos, o painel de *Delphi*, composto por seis peritos, profissionais da área de terapia da fala, familiarizados e com experiência no âmbito da disfagia. Previamente à análise dos peritos foi estruturada uma folha de registo para o efeito (apêndice II), de modo a facilitar as respostas, as sugestões de alteração e opiniões gerais entre as traduções e versão original.

Cada item do instrumento foi analisado por cada um dos peritos, tendo as respostas variado entre “concordância” com a tradução efetuada e “discordância”, com sugestão de alteração do conteúdo.

Pretendeu-se nesta etapa verificar a equivalência nos diferentes níveis semântico, de técnica, de conteúdo, critério e conceitual, de forma a garantir a qualidade da tradução.

As respostas dos peritos foram avaliadas qualitativamente e trabalhadas em análise estatística com a finalidade de estabelecer um acordo entre as opiniões de concordância e as sugestões de alteração dos itens, de forma elaborar a versão pré-final.

A avaliação qualitativa de cada um dos peritos foi convertida em símbolo numérico para construção da base de dados. Assim, para respostas concordantes foi atribuído o dígito 1 e para respostas discordantes da versão traduzida atribuído o dígito 2. Foram considerados os dez itens do instrumento, assim como, o título, o que fez onze itens para análise.

#### **3.2.4. Quarta Etapa – Pré-teste**

De modo a constatar a compreensão e a clareza dos itens do instrumento para a população angolana, foi elaborado o pré-teste a partir da versão pré-final do EAT-10 (apêndice III). O instrumento foi aplicado a 37 indivíduos da província de Luanda, de ambos os géneros, com idade superior a 18 anos e sem indícios de perturbações da deglutição, alterações cognitivas, demências e défices auditivos e/ou visuais que inviabilizassem a autorização de consentimento informado, bem como, o preenchimento do questionário.

Para a recolha dos dados da amostra foi efetuada a declaração de consentimento informado (apêndice IV), uma ficha de dados sociodemográficos (apêndice V) e a folha de registo relativa à opinião geral dos itens, assim como, de observações específicas no que se refere à compreensão do significado das palavras utilizadas, à clareza das questões e a sugestões de ajuste (apêndice VI).

### **3.3 Caracterização da Amostra**

A amostra, classificada como sendo não probabilística, contempla indivíduos nacionais, de ambos os géneros, com idade superior a 18 anos, de diferentes estratos sociais e com distintos níveis de escolaridade, e residentes ou com permanência na província de Luanda, uma vez ter sido a única província de Angola onde foi efetuada a recolha dos dados.

Os sujeitos da amostra foram selecionados aleatoriamente por conveniência, num determinado local e num momento não antecipado.

Consideraram-se como critérios de exclusão, a presença ou indícios de perturbações da deglutição, alterações cognitivas, demências e défices auditivos e/ou visuais que inviabilizassem a autorização de consentimento informado, bem como, o preenchimento do instrumento, questionados durante o preenchimento dos dados sócio-demográficos.

A amostra de participantes no pré-teste é constituída por 37 indivíduos, 19 do género feminino e 18 do género masculino, de diferentes faixas etárias e distribuídos por quatro níveis de escolaridade.

As propriedades sociodemográficas dos indivíduos pertencentes à amostra encontram-se abaixo detalhadas nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra do pré-teste quanto à idade

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	37	22	54	35,32	9,056

Os 37 indivíduos pertencentes à amostra encontram-se distribuídos por idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos de idade, sendo que a média de idades foi 35,32 anos.

**Tabela 2.** Caracterização da amostra quanto ao género, estado civil e habilitações literárias

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Feminino	19	51,4
	Masculino	18	48,6
<b>Estado Civil</b>	Casado ou união de facto	19	51,4
	Solteiro (a)	16	43,2
	Divorciado (a)	1	2,7
	Viúvo (a)	1	2,7
<b>Habilitações Literárias</b>	[1º- 4ª ano]	8	21,6
	[5º- 9º ano]	3	8,1
	[10º - 12º ano]	10	27,0
	[ > 12º ano]	16	43,2

A distribuição dos indivíduos da amostra por género mostra-se pouco discrepante, sendo no entanto, o género feminino o prevalente com 51,4% para 48,6% do género masculino. Quanto ao estado civil, observa-se que a maioria dos participantes é casado (51,4%) ou se encontra em união de facto.

No que se refere ao nível de escolaridade, observa-se uma distribuição da amostra pouco harmoniosa. A maioria dos participantes apresentam níveis de escolaridade mais elevados, 43,2% com formação superior e 27,0% têm habilitações entre o 10º e 12º ano de escolaridade. Verifica-se uma percentagem razoável de indivíduos que frequentou e/ou completou o ensino primário, com 21,6% e apenas 8,1% apresentam escolaridade entre o 5º e o 9º ano.

### 3.4 Procedimentos de recolha de dados

Para cumprimentos dos requisitos formais e éticos antecedentes a um estudo de investigação, foi elaborada a declaração de consentimento informado (apêndice IV). Foi igualmente garantido aos participantes o anonimato e assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos no decorrer da sua participação no estudo.

Os participantes foram cordialmente convidados a participar na investigação, tomando previamente conhecimento do conteúdo, propósito e procedimento da sua participação. Após declaração de consentimento informado assinada, foram recolhidos os dados sociodemográficos, em formato elaborado para o propósito (apêndice V), visando a caracterização da amostra.

Seguiu-se o preenchimento da versão pré-final do EAT-10 (apêndice III), efetuado de modo individual por cada participante, sempre com possibilidade de colocar questões ou dúvidas. O tempo de preenchimento foi cronometrado pela autora do estudo.

Para concluir a participação, os participantes foram entrevistados para recolha das opiniões e sugestões quanto à compreensão, pertinência e percutibilidade do conteúdo do instrumento. A entrevista, conduzida pela autora do estudo, foi suportada por um guião (apêndice VI) dividido entre caracterização geral do instrumento e opinião específica face a cada item. As questões foram colocadas de forma aberta e o tempo de entrevista foi igualmente cronometrado e registado na ficha individual de cada participante.

### 3.5 Estratégias de análise de dados

Os dados recolhidos foram tratados através do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 for *Windows*.

De modo a verificar a concordância entre as respostas do painel de peritos, recorreu-se à medida Kappa de Cohen. O coeficiente kappa é definido como um coeficiente de concordância de julgamentos inter-juízes após ser retirada a proporção de acordo devido ao acaso. O limite máximo de  $\kappa$  é 1, representando o acordo perfeito entre os juízes. Por outro lado, quanto mais próximo de 0 estiver o valor de  $\kappa$ , mais este sugere que o grau de acordo entre os juízes se deve ao acaso. Este índice pode também assumir valores negativos (até ao limite de -1), refletindo graus de acordo inferiores aos esperados pelo acaso (Fonseca, Silva & Silva, 2007).

Apesar do Kappa de Cohen ser o índice de concordância entre juízes mais utilizado e referido na literatura quando as variáveis são nominais, a sua aplicação é restrita às situações em que dois juízes avaliam todas as unidades de análise num determinado número de categorias. Em diversas

ocasiões surge a necessidade de recorrer a medidas de acordo inter-juízes que vão para além destas condições (Fonseca *et al.*, 2007).

No processo de análise entre peritos, não foi possível em termos conceptuais, a determinação do coeficiente kappa entre os peritos com a totalidade de respostas concordantes. O coeficiente kappa, devido à sua fórmula, nos casos em que se verifique 100% de concordância, ou seja, ausência de uma das variáveis, não possibilita o cálculo do coeficiente, sendo este nulo. De certa forma este resultado é um paradoxo, uma vez que se ambos os peritos em todas as respostas concordam, dever-se-ia obter o coeficiente 1,00. Por outras palavras, a relação entre peritos sem resposta discordante, informa resultados de concordância nula, quando a concordância se previa máxima. Como tal, para ultrapassar esta incongruência do coeficiente kappa, inseriu-se uma variável simulada que possibilitasse o cálculo do coeficiente com um resultado próximo do real, ainda que não autêntico. Assim, na tabela de apresentação dos resultados do coeficiente de kappa (tabela 3), os valores expostos assinalados com asterístico (\*) representam o valor de concordância entre peritos, aproximado do valor real, pela introdução da variável fictícia.

Para tratamento dos dados estatísticos relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes e opinião geral e específica do instrumento, foi criada uma base de dados no mesmo *software*, onde constavam as variáveis em estudo. A caracterização da amostra quanto à idade foi realizada através de medidas de tendência central e de variabilidade, nomeadamente média, mínimo, máximo e desvio padrão. O género, habilitações literárias e estado civil foram descritos apenas mediante medidas de tendência central, como a frequência e a percentagem.

A análise descritiva das respostas dos participantes quanto à sua opinião do questionário foi dirigida com recurso a medidas de tendência central. Os tempos de preenchimento do instrumento e de entrevista foram analisados através de medidas de tendência central e variabilidade.

De modo a verificar a significância da relação entre o nível de habilitações literárias e a perceptibilidade das instruções, bem como, com a compreensão das palavras dos itens do instrumento, foi usado o teste do qui-quadrado de Pearson, com correção do teste de Fisher, pela presença de amostra de menor dimensão. Previamente foi efetuado o agrupamento dos quatro grupos de habilitações literárias pré-definidos, em apenas dois. Considerou-se como grupo 1 as habilitações entre o 1º ano e o 9º de escolaridade e como grupo 2, as habilitações acima do 9º ano. Foi definido como intervalo de confiança 95%.

### **3.6 Recursos humanos, materiais e financeiros:**

Para a concretização das diferentes etapas do presente estudo, contou-se com a colaboração de recursos humanos na área de tradução, profissionais na área da terapia da fala e indivíduos nacionais independentes.

Um comité de três tradutores, dois nacionais e um estrangeiro de nacionalidade portuguesa, com proficiência na língua inglesa concretizaram a fase de tradução transcultural da versão original do EAT-10. À semelhança, foi solicitado um tradutor independente bilingue, com vivência na cultura americana e angolana para a efectivação da etapa de retrotradução. Um painel de peritos, composto por seis profissionais da área da terapia da fala com experiência em disfagia, concluiu a fase da análise de peritos. Trinta e sete indivíduos nacionais seleccionados aleatoriamente mediante os critérios de inclusão compuseram a amostra do presente estudo, na etapa de verificação do conteúdo da versão pré-final do instrumento EAT-10.

Os recursos materiais prenderam-se apenas com trinta e sete cópias da versão pré-final do EAT-10, bem como, do consentimento informado, ficha de caracterização sociodemográfica e guião de entrevista, para a recolha de dados da amostra.

Não foram necessários recursos financeiros para a concretização das diferentes etapas do presente estudo.

## IV. RESULTADOS:

### 4.1 Análise de Peritos

#### 4.1.1 Análise de concordância inter-juízes pelo coeficiente kappa

Após conciliação da primeira versão traduzida do instrumento EAT-10 para a língua portuguesa em Angola, procedeu-se à análise da equivalência semântica, idiomática e conceptual do instrumento. Nesta etapa foi reunido o painel de peritos para avaliação da qualidade da tradução, mediante comparação entre as versões original, traduzida e retrotraduzida.

Da análise entre peritos através da aplicação da medida kappa, foram obtidos resultados maioritariamente concordantes.

**Tabela 3.** Análise entre peritos - valores do coeficiente Kappa

Valores de Kappa		Peritos					
		1	2	3	4	5	6
Peritos	1		-0,158	-0,100	0,625*	0,625*	0,625*
	2			-0,158	0,308*	0,308*	0,308*
	3				0,625*	0,625*	0,625*
	4					1,000*	1,000*
	5						1,000*
	6						

(\* valores obtidos na presença da variável fictícia)

Observa-se que de forma geral os resultados expressam um nível de significância de kappa de moderado a substancial, com valores de concordância entre os peritos maioritariamente acima dos 0,400. No entanto, é possível observar discordância entre os peritos, com presença de valores negativos entre os peritos 1 e 2, 1 e 3 e ainda entre os peritos 2 e 3.

Os peritos 4, 5 e 6 concordam na totalidade com os itens traduzidos, sendo a concordância entre os mesmos perfeita, com valores de kappa igual 1,000.

Denotam-se valores de concordância substancial e constantes na relação entre o perito 2 com os peritos 4,5 e 6, bem como, na relação entre o perito 3 e os mesmos peritos. O valor de concordância entre o perito 2 e os peritos 4,5 e 6 mostra-se relativamente mais baixo, no entanto, ainda dentro de uma significância considerada justa.

**Tabela 4.** Relação da intensidade de concordância de valores de Kappa e resultados obtidos

Intensidade de concordância de valores de kappa		Resultados de kappa obtidos
>0	Discordância	3
0-0.19	Concordância pobre	-
0.20-0.39	Concordância justa	3
0.40-0.59	Concordância moderada	-
0.60-0.79	Concordância substancial	6
0.80-1.00	Concordância quase perfeita	3

Do exposto na tabela 4, acima apresentada, é plausível assumir que a maioria dos resultados de concordância obtidos assume uma intensidade substancial. Em três das relações verifica-se uma concordância perfeita, com valores de kappa igual a 1,000. Em apenas três dos valores considerados de concordância se verifica uma intensidade menor com acordo justo.

Somente em três, da totalidade das relações estabelecidas entre peritos, são verificados valores de discordância.

Para melhor ilustrar a significância das respostas entre os peritos, é apresentada abaixo a tabela 5 que exhibe o número de respostas concordantes e discordantes na relação entre os vários peritos.

**Tabela 5.** Análise dos itens por proporção de concordância

		Perito 1		Perito 2		Perito 3		Perito 4		Perito 5		Perito 6	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Perito 1	1			7	3	9	1	10	0	10	0	10	0
	2			1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Perito 2	1					7	1	8	0	8	0	8	0
	2					3	0	3	0	3	0	3	0
Perito 3	1							10	0	10	0	10	0
	2							1	0	1	0	1	0
Perito 4	1									11	0	11	0
	2									0	0	0	0
Perito 5	1											11	0
	2											0	0
Perito 6	1												
	2												

Na análise entre os peritos 1 e 2, observa-se concordância entre sete dos onze itens da escala e concordância-discordância entre 4 dos itens. A presença de concordância-discordância em quatro dos itens justifica o valor negativo no coeficiente de kappa. O mesmo se verifica na análise entre o perito 1 e 3 e entre os peritos 2 e 3, onde se verifica concordância-discordância em dois e quatro dos itens respectivamente.

Nas restantes relações entre peritos não são observadas respostas concordantes-discordantes, resultando em valores do coeficiente de kappa positivos, variáveis de acordo com o número de concordâncias.

Na relação entre os peritos 4,5 e 6 regista-se concordância na totalidade das respostas, o que justifica os valores de kappa perfeito encontrados.

Os valores de kappa menores, com acordo razoável, encontrado na relação entre o perito 2 e os peritos 4,5 e 6, são explicados pela presença de respostas discordante-concordante em 3 dos itens. O mesmo não se observa nas relações entre peritos com valores de Kappa mais elevados, onde a maioria das respostas se revela concordante, com apenas um dos itens discordante.

Nas quinze relações estabelecidas entre peritos é possível observar que a maioria resulta em valores de kappa consideravelmente positivos e em apenas três se observa resultados de discordância.

#### 4.1.2 Análise de Concordância dos Itens por frequência

**Tabela 6.** Resposta dos peritos por item e frequência

Primeira versão do instrumento EAT-10	P. 1	P. 2	P. 3	P.4	P.5	P. 6	% de Concordância
Título: Ferramenta de Triagem da Deglutição	2	1	1	1	1	1	83,3 %
1.O meu problema de deglutição fez-me perder peso	1	1	1	1	1	1	100 %
2.O meu problema de deglutição interfere com a minha capacidade/ vontade de fazer refeições fora de casa	1	1	1	1	1	1	100 %
3.Engolir líquidos requer um esforço extra	1	2	1	1	1	1	83,3 %
4.Engolir sólidos requer um esforço extra	1	2	1	1	1	1	83,3 %
5.Engolir comprimidos requer um esforço extra	1	2	1	1	1	1	83,3 %
6.Engolir é doloroso	1	1	2	1	1	1	83,3 %
7.O prazer em comer é afetado pela forma como engulo	1	1	1	1	1	1	100 %
8.Quando eu engulo sinto que fico com comida na garganta	1	1	1	1	1	1	100 %
9.Tenho tosse quando como	1	1	1	1	1	1	100 %
10.Engolir é stressante	1	1	1	1	1	1	100 %

A tabela 3 representa as respostas dos peritos face a cada item da versão do instrumento EAT-10.

Entre as respostas observadas é possível constatar que os peritos concordam com a maioria dos itens, em conformidade com os dados apresentados anteriormente.

Observa-se que apenas um dos peritos não concordou com o título, não tendo o mesmo sido alvo de discordância para os restantes. Os itens 3,4 e 5 foram questionáveis para o perito 2, possivelmente pela semelhança do conteúdo. O perito 3 discordou apenas em um dos itens, não se denotando valores de discordância entre os restantes peritos 4,5 e 6 para nenhum dos onze itens sob análise.

Em nenhuma das situações foi verificada discordância para o mesmo item. Dos seis peritos, apenas três discordaram e em itens diferentes.

Pela análise das percentagens de concordância é possível constatar valores de significativo acordo para a maioria dos itens. Em seis dos itens o acordo é de 100%, sendo que nos restantes cinco itens o acordo não é total, mas de uma percentagem elevada, correspondente a 83,3%.

A tabela 7 exhibe as sugestões de alteração dos peritos para os itens que discordam. Os itens alvo de sugestão de alteração foram o título e os itens 3, 4, 5 e o 6.

**Tabela 7.** Sugestões de alteração dos peritos nos itens alvo de discordância

Itens alvo de discordância	Sugestão de alteração		
	Perito 1	Perito 2	Perito 3
Título	Ferramenta de Rastreo de alterações da deglutição		
Item 3.		Engolir líquidos requer um esforço suplementar	
Item 4.		Engolir sólidos requer um esforço suplementar	
Item 5.		Engolir comprimidos requer um esforço suplementar	
Item 6.			Dói ao engolir

Verificam-se sugestões de mudança simples, sem alteração do conteúdo semântico e que compreendem na maioria a adição de uma palavra suplementar ao conteúdo ou substituição de uma palavra por um sinónimo.

#### 4.2 Validação de Conteúdo (Pré-teste):

No processo de validação do conteúdo da versão do EAT-10 para a língua portuguesa em Angola pretendeu-se verificar a compreensão, a perceptibilidade, a clareza dos itens do instrumento, bem como, medir a duração da aplicação do instrumento.

O tempo de preenchimento do instrumento, bem como da entrevista é descrito abaixo na tabela 8.

**Tabela 8.** Tempo de preenchimento do questionário e da entrevista

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Tempo de preenchimento do EAT-10</b>	37	0,31	2,17	0,7027	0,43836
<b>Tempo de entrevista</b>	37	0,40	4,15	1,2400	0,82488

Observa-se que a duração média de preenchimento do questionário é de 1,10 minutos, sendo 0,31 segundos o tempo mínimo de preenchimento conseguido e 2,17 minutos o tempo máximo.

O tempo de entrevista teve uma duração média de 1,24 minutos, tendo sido conseguido um tempo mínimo de 0,40 segundos e o tempo máximo de duração da entrevista foi de 4,15 minutos.

A análise geral do instrumento foi conduzida sob quatro questões: (1) “De forma geral, considera o questionário claro e fácil de compreender”, (2) “Considera fácil de responder”, (3) “É longo?” e (4) “As instruções são claras?”, apresentadas na tabela 9.

**Tabela 9.** Opinião geral dos participantes relativamente ao instrumento

		N	%
<b>De forma geral, considera o questionário claro e fácil de compreender?</b>	Sim	34	91,9
	Não	3	8,1
<b>Considera fácil de responder?</b>	Sim	36	97,3
	Não	1	2,7
<b>É longo?</b>	Sim	3	8,1
	Não	34	91,9
<b>As instruções são claras?</b>	Sim	33	89,2
	Não	4	10,8

Relativamente à clareza e compreensibilidade do instrumento verifica-se que uma percentagem considerável dos participantes, 91,9% afirmou o questionário ser claro e fácil de compreender. Uma percentagem similarmente elevada de 97,3% assegura a facilidade de resposta dos vários itens, sendo que apenas um dos participantes considerou o questionário não ser fácil de responder.

No que se refere à extensão do questionário 91,9% dos participantes considera não ser longo, sendo que apenas três, o correspondente a 8,1% dos indivíduos, anunciaram uma opinião divergente. A clareza das instruções foi confirmada por 89,2% dos indivíduos, sendo que 10,8% da amostra, ou seja, quatro participantes afirmaram as questões não serem claras.

A tabela 10 descreve a análise quanto à compreensão dos itens, guiada sob cinco questões: (1) “Existe alguma (s) palavra (s) que não tenha compreendido?”, (2) “Qual ou quais?”, (3) “Teria escrito de outra forma?”, (4) “Qual ou quais item (s)?” e (5) “Que alteração/ alterações sugere?”

**Tabela 10.** Opinião específica dos participantes face à compreensão dos itens do instrumento

		N	%
<b>Existe alguma (s) palavra (s) que não tenha compreendido?</b>	Sim	17	45,9
	Não	20	54,1
<b>Qual ou quais?</b>	“Deglutição”	17	43,2
	“Interfere”	1	2,7
<b>Teria escrito de outra forma?</b>	Sim	9	24,3
	Não	27	73,0
<b>Qual ou quais item(s)?</b>	Item 2	1	2,7
	Item 1 + 2	8	21,6
	“Deglutição → Engolir”	8	21,6
<b>Que alteração/ alterações sugere?</b>	“Interfere → Altera”	1	2,7

No que se refere à compreensão dos itens, pela observação da tabela 10, é possível verificar que 45,9% dos participantes tiveram dificuldade em compreender uma ou mais palavras, sendo que 43,2% dos mesmos afirmou não compreender a palavra “deglutição” e 2,7% não compreendeu a palavra “interfere”. 54,1% dos participantes afirmou ter compreendido todos os itens do instrumento.

Constata-se que 73,0% dos participantes não teriam escrito os itens da versão pré-final do instrumento EAT-10 de forma diferente, em detrimento de 24,3% dos indivíduos que modificariam um ou mais itens, dos quais 21,6% transformaria os itens 1 e 2 e apenas 2,7% modificaria apenas o item 2.

Observa-se que 21,6% dos participantes modificaria o termo “deglutição” presente nos itens 1 e 2 pelo termo “engolir”, ao passo que 2,7%, ou seja, apenas um dos indivíduos, alteraria apenas o item 2, modificando a palavra “interfere” pela palavra “altera”.

#### **4.3 Análise da relação entre as habilitações literárias e a clareza e compreensão dos itens do instrumento:**

A tabela 11 representa a relação entre as habilitações literárias e a clareza dos itens do instrumento pela aplicação do teste de qui-quadrado de Pearson, com correção do teste de Fisher.

**Tabela 11.** Relação entre as habilitações literárias e clareza das instruções do instrumento

		“As instruções são claras”		
		Sim	Não	Total
<b>Habilitações Literárias</b>	[1º- 9º ano]	10	1	11
	[9º - > 12ª ano]	23	3	26
	<b>Total</b>	33	4	37

Fisher's Exact Test p= 0,659  
(Nível de confiança 95%)

Pela observação dos resultados a tabela 11 verifica-se que as instruções são claras, na sua maioria, tanto para o grupo com habilitações abaixo do 9º ano de escolaridade, como para o grupo com habilitações acima. Os indivíduos que consideraram as instruções não serem claras, estão em proporção entre ambos os grupos face ao número. Os resultados do teste qui-quadrado indicam que não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a clarezas das instruções do instrumento ( $p=0,659$ ).

A tabela 12 figura a relação entre as habilitações literárias e a compreensão das palavras dos itens do instrumento pela aplicação do teste de qui-quadrado de Pearson, com correção do teste de Fisher.

**Tabela 12.** Relação entre as habilitações literárias e a compreensão das palavras dos itens do instrumento

		“Existe alguma palavra que não tenha sido compreendida”					
		Sim	Sim	Não	Não	Total	Total
<b>Habilitações Literárias</b>	[1º- 9º ano]	7	7	4	4	11	11
	[9º - > 12ª ano]	10	10	16	16	26	26
	<b>Total</b>	17	17	20	20	37	37

Fisher's Exact Test p= 0,148  
(Nível de confiança 95%)

Os resultados a tabela 12 demonstram que um número considerável de indivíduos, tanto para o grupo com habilitações abaixo do 9º ano de escolaridade, como para o grupo com habilitações acima, não compreenderam alguma palavra dos itens do instrumento. Os resultados do teste qui-quadrado demonstram novamente não existir uma diferença estatisticamente significativa entre o nível de habilitações literárias sobre a compreensão das palavras dos itens do instrumento ( $p = 0,148$ ).

## V. DISCUSSÃO:

A tradução e adaptação transcultural de um protocolo é o primeiro passo para o processo de validação, pois é a partir desta etapa que o instrumento pode ser direcionado à população-alvo da língua em questão (Moreti, Zambon, Oliveira *et al.*, 2011).

É universalmente aceite entre os investigadores que a mera tradução literal dos instrumentos não garante a validade de medida, pelo que se torna necessário realizar uma adaptação cultural de modo a que o instrumento seja relevante e compreensível, preservando a integridade dos itens originais (Beaton *et al.*, 2000; Sperber, 2004 citados por Vilelas, 2009).

O presente estudo deteve como objetivo a tradução e adaptação cultural do instrumento “*Eating Assessment Tool*” (EAT-10) para a população angolana. O EAT-10 traz uma importante contribuição para a identificação de disfagia, medir a sua gravidade e impacto na vida social e emocional dos pacientes (Belafsky *et al.*, 2008).

Para os autores Guillemim, Bombardier e Beaton (1993 citados por Vilelas, 2009) uma tradução e adaptação cultural devem obedecer às etapas metodológicas de tradução, retroversão, revisão por um grupo de peritos e realização de um pré-teste.

A qualidade e validade da tradução e adaptação cultural do EAT-10 para a língua portuguesa em Angola foi assegurada pelo cumprimento rigoroso das etapas supracitadas.

Assim, as etapas de tradução, síntese e retrotradução foram cumpridas de forma muito satisfatória, tendo-se observado pela avaliação do painel de peritos percentagens de concordância elevadas para os dez itens do instrumento, bem como para o título. Genericamente, numa proporção de doze relações entre os peritos com valores de coeficiente de kappa positivos, para três relações com valores de discordância, é possível afirmar que os onze itens traduzidos do instrumento EAT-10, incluindo o título, são aceites pelo painel de peritos, verificando-se discordância num número reduzido de itens.

De mencionar que as sugestões de alteração indicadas pelos peritos nos itens alvo de discordância, não foram contempladas para a concretização do instrumento pré-final, uma vez que se confirmou concordância entre a maioria dos observadores com a tradução efectuada, com percentagens elevadas acima de 80% de acordo nos respectivos itens. Por outro lado, as sugestões de alteração não modificaram significativamente o conteúdo ou se mostraram de maior complexidade para a compreensão, como no caso dos itens 3, 4 e 5 do instrumentos, em que foi sugerida a substituição da palavra “extra” pela palavra “suplementar”.

Na verificação da compreensão e a clareza dos itens, constatou-se que a maior percentagem dos participantes confirma que de forma geral a versão do EAT-10 é clara e fácil de compreender e

responder. No entanto, verificou-se que a palavra “deglutição”, presente nos itens 1 e 2 foi alvo de difícil compreensão para uma percentagem considerável de indivíduos, correspondente a 43,2%. De forma unânime, os participantes que sugeriram alteração dos mesmos itens (1 e 2), recomendaram a modificação da palavra “deglutição” pela palavra “engolir”. De notar ainda que, da totalidade dos participantes, apesar da referência ao difícil entendimento da palavra “deglutição”, uma maioria afirmou que não escreveria os itens de outra forma, acrescentando que assim seria mantida a formalidade do instrumento.

Foi averiguada a relação entre as habilitações literárias e a clareza e compreensão dos itens do instrumento, motivado pela distribuição pouco harmónica da amostra face à escolaridade e em função dos resultados obtidos no pré-teste.

Os valores de significância obtidos na análise estatística demonstraram que o nível de habilitações literárias parece não influenciar directamente a perceptibilidade dos itens do instrumento, havendo uma distribuição proporcional entre os grupos com habilitações literárias mais baixas e o grupo de habilitações mais elevadas. Em conformidade, a compreensão das palavras dos itens do instrumento não parecem igualmente ser influenciadas pelo nível literário, tendo-se obtido valores indicativos de baixa significância nesta relação.

Tal facto pode ser justificado pelo tipo de palavras presentes no instrumento, bem como, pela principal palavra referida como sendo de difícil compreensão, a palavra “deglutição”, não ser do conhecimento dos indivíduos em geral, independentemente do nível de escolaridade.

O EAT-10 já se encontra adaptado linguística e culturalmente em outros países, tendo-se observado, pela pesquisa bibliográfica, a sua tradução para a língua espanhola, para o italiano e para o português europeu e do Brasil (Burgos *et al.*, 2012; Schindler *et al.*, 2013; Moreira, 2012; Gonçalves, Remaili & Behlau, 2013).

Os autores Burgos *et al.* (2012) traduziram e validaram a versão espanhola da escala EAT-10, com confirmação das propriedades psicométricas, da fiabilidade e validade do instrumento à população espanhola. Verificaram, no processo de validação do conteúdo do *EAT-10 ES*, que 68,7% dos indivíduos da amostra consideraram que as instruções são claras e 71,9% manifestou que tinha sido claro o que fazer com os resultados obtidos no instrumento. No entanto, 62,5% dos investigadores reportaram que os pacientes haviam requerido algum esclarecimento de um ou mais itens.

Os resultados obtidos na validação do conteúdo da versão do EAT-10 para língua portuguesa em Angola mostram-se equivalentes ao constatado na versão espanhola, nos quais se verifica que a maioria dos indivíduos considera as instruções claras e fáceis de compreender e similarmente, uma

percentagem considerável de indivíduos solicitaram esclarecimento para algum dos itens, observado nomeadamente para os itens 1 e 2.

Na versão E-EAT-10 não houve alteração da ordem e número de itens, e foi, de forma geral, considerado compreensível e com uma extensão adequada.

Moreira (2012) traduziu e validou a versão do EAT-10 para a língua portuguesa de Portugal, tendo constatado que é um instrumento válido e com bons níveis de fiabilidade no que diz respeito à consistência interna, obtendo o valor global do coeficiente Alpha de Cronbach de 0,75. O score global obtido do coeficiente Kappa de Cohen para os dez itens do instrumento foi igual a 0,22, o que demonstrou uma concordância justa entre os observadores. Em contrapartida, os resultados verificados na versão do EAT-10 para língua portuguesa em Angola quanto ao score global do coeficiente Kappa de Cohen exibiram-se relativamente mais elevados, com um score de 0,48, refletindo uma concordância moderada entre observadores.

Moreira (2012) obteve resultados que se assemelharam ao auferido na validação do instrumento original, concluindo que a versão portuguesa do EAT-10 exhibe equivalência funcional, existindo coerência no significado dos conceitos entre a versão portuguesa e a original.

Os autores Schindler *et al.* (2013) traduziram e validaram a escala para a versão em italiano, concluindo que o I-EAT-10 é um instrumento confiável e válido na apreciação de sintomas de disfagia para a população italiana adulta. A consistência interna obtida revelou-se alta, com valores globais do coeficiente Alpha de Cronbach entre 0,90 e 0,93. Peter Belafsky, 2008 reportou valores do coeficiente Alpha de Cronbach de 0,96. Na medida em que os dados normativos estão em causa, o *I-EAT-10* confirma os resultados da versão original.

As autoras Gonçalves, Remaili e Behlau (2013) traduziram e adaptaram o EAT-10 para o português do Brasil, tendo sido obtida equivalência cultural, sem necessidade de modificação de nenhuma questão da versão original. O mesmo não se verificou na versão do EAT-10 para a população angolana, havendo necessidade de modificação da palavra “deglutição” pela palavra “engolir” presente nos itens 1 e 2, em consequência da difícil compreensão da palavra originalmente traduzida e da modificação aconselhada pelos participantes.

A versão brasileira do EAT-10 manifesta uma sensibilidade de 0,697 e uma especificidade de 0,72.

A versão final da tradução transcultural do EAT-10 para a língua portuguesa em Angola manteve o mesmo número e ordem dos itens da versão original, assim como, as opções de resposta pelo nível de gravidade, de zero a quatro, considerando-se assim, que mantém a equivalência semântica e de conteúdo. No entanto, tal como referido, o observado nos resultados relativos à opinião dos indivíduos quanto aos itens do instrumento, remete para uma sugestão de alteração. A

palavra “deglutição” presente nos itens 1 e 2 deve ser modificada pela palavra “engolir”, sendo deixada assim, a sugestão para finalizar a versão do EAT-10 para a língua portuguesa em Angola, com base na unanimidade de propostas realizadas pelos participantes, perante a sugestão de alteração.

Outra sugestão a ser deixada, como forma de evolução face ao conhecimento adquirido ao longo da elaboração do presente estudo, prende-se com o título. O termo “ferramenta” parece ser pouco utilizado em escalas de língua portuguesa e notou-se que foi alvo de advertência pelos participantes, que apesar de terem compreendido o termo, consideraram-no pouco ajustado.

Assim, sugere-se a modificação do título para “Instrumento de triagem da deglutição”.

No processo de aplicação do pré-teste para a concretização da etapa de validação do conteúdo, foram encontrados alguns obstáculos quanto ao encontro de uma amostra significativa em termos de heterogeneidade cultural, educacional, socioeconómica e de diversidade de faixas etárias.

As dimensões do país e as dificuldades de deslocação limitaram a amostra à província de Luanda, o que confere uma amostra proveniente de um ambiente mais urbano. Não obstante, foram encontradas limitações no encontro com segmentos da sociedade mais diversificados, nomeadamente quanto a diferentes estratos socioeconómicos e educacionais, o que proporcionou que o conjunto comum encontrado evidencie características de uma sociedade predominantemente jovem e com algum nível de formação académica. De referir ainda, que indivíduos com idade superior a 50 anos, maioritariamente, bem como, com níveis de escolaridade mais baixos, nem sempre demonstraram disponibilidade na participação.

As propriedades da amostra conseguida, quanto à média de idades, caracterizam a população africana que é maioritariamente jovem. Em Angola, cerca de 50% da população tem menos de 15 anos de idade, enquanto 60% tem menos de 21 anos e 93% da população tem menos de 50 anos de idade (INE/UNICEF, 2003 citado por Queza, 2010). A mesma população jovem que contempla a amostra é maioritariamente casada ou se encontra em união de facto, o que é igualmente característico da população angolana. Por outro lado, uma parte considerável desta camada jovem da população já é escolarizada, apesar de ainda se verificar alguma assimetria entre áreas urbanas e rurais (Liberato, 2012; INE, I.P., 2013).

A população onde foi possível obter colaboração para realização da etapa do pré-teste, mostra-se predominantemente jovem, faz parte da camada ativa e apresenta um nível de escolaridade mais elevado. Tal facto pode justificar não só a disponibilidade de cooperação, como o nível de compreensão dos itens da escala, e ainda, a rapidez de resposta.

Seria deste modo, pertinente, em estudos futuros, acrescer o número de indivíduos da amostra com níveis de escolaridade mais baixos, de faixas etárias mais diversificadas, nomeadamente acima dos 40 anos de idade e de estratos sociais mais diversificados, de modo a obter dados mais precisos quanto ao nível de compreensão dos itens do instrumento.

## **VI. CONCLUSÃO:**

O EAT-10 foi traduzido e adaptado para a cultura angolana, dando origem à versão na língua portuguesa em Angola do EAT-10: Instrumento de Triagem da Deglutição. A mesma versão traduzida e adaptada demonstrou apresentar equivalência semântica e de conteúdo.

A versão do instrumento EAT-10 mostra-se como uma relevante contribuição para população de Angola, na identificação de disfagia e consequente indicação precoce para avaliação, intervenção multidisciplinar e acompanhamento clínico.

Como limitações do estudo, salienta-se o reduzido tamanho da amostra, bem como, uma distribuição pouco diversificada face à idade, níveis de escolaridade de aplicação em diferentes províncias de Angola.

Por outro lado, ressalta-se o facto de não ter sido realizada a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, pelo que se sugere a realização de futuros estudos nesse sentido.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ajemian, M., et al. (2011). Routine fibrotic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation. *Arch Surg.* 136 (4): 434-437.

Albini, R. (2011). *Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva.* Dissertação de Mestrado. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba.

Almirall, J., Rofes, L., Serra-Prat, M, *et al.* (2013). Oropharyngeal dysphagia a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *EurRespir J.* 41: 923-928.

Bakheit, A. (2001). Management of neurogenic dysphagia. *Postgrad Med.* 77: 694-699.

Barofsky, I. & Fontaine, K. (1998). Do Psychogenic Dysphagia Patients have any eating disorder. *Dysphagia.* 13: 24-27.

Barros, A.F.F., Fábios S.R.C., Furkim, A.M. (2006). Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq Neuropsiquiatr.* 64 (4): 1009-14.

Belafsky P., Rees C., Pryor J., Postma G., Allen J. & Leonard R. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assesment tool(EAT-10). *Annals of otology, Rhinology and Laryngology.*117(12): 919-924.

Bonano, P. (1970). Swallowing dysfunction after tracheostomy. *Ann Surg.* 174 (1): 29-33.

Buchholz, D. (1994). Neurogenic dysphagia: what is the cause when the cause is not obvious?. *Dysphagia.* 9: 245-255.

Burgos, R., Sarto, B., Segurola, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., *et al.* (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool - 10) para el despistaje de la disfagia. *Nutricion Hospitalaria,* 27 (6), 2048 -2054.

Cancela, G. (2008). O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação. *Portal dos psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>. Acedido em 16 de Março de 2011.

Capingana, D., Magalhães P., Silva, A., Gonçalves, M., Baldo, M., Rodrigues S., *et al.* (2013). Prevalence of cardiovascular risk factors and socioeconomic level among public-sector workers in Angola. *BMC Public Health*.13:732.

Castell, D. & Donner, M. (1987). Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. *Dysphagia*. 2: 65-71.

Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana (2013). “*Impacto das doenças Não Transmissíveis (DNT) e das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) no Desenvolvimento em África*”. Relatório sobre a Abordagem do Desafio do Cancro em África. África Union. Etiópia. Disponível em: <http://www.carmma.org/sites/default/files/PDF-uploads/Background%20Report%20on%20Cancer%20-%20Portuguese.pdf>. Acedido em 25 de Janeiro de 2015.

Dalal, S., Beunza, J., Volmink, J., Adebamowo, C., Bajunirwe, F., Njelekela, M., *et al.* (2011). Non-communicable disease in sub-saharan Africa: what we know now. *International Journal of Epidemiology*. 40: 885-901.

Damasceno, A., Gomes, J., Azevedo, A., Carrilho, C., Lobo V, Lopes, H., *et al.* (2010). An Epidemiological Study of Stroke Hospitalizations in Maputo, Mozambique. *Stroke*. 41: 2463-2469.

Daniels, S., Anderson, J. & Willson, P. (2012). Valid Items for screening Dysphagia Risk in Patients with Stroke: A Systematic Review. *Stroke*. 43 (3): 892-7.

Donovan, N., Daniels, S., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., Mitchell, P., *et al.* (2013). Dysphagia Screening: State of the Art Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*. 44: e-24-e31.

Edmiaston, J., Connor, L. & Nassief, A. (2010). Validation of a Dysphagia Screening Tool in Acute Stroke Patients. *American Journal of Critical Care*. 19 (4): 357-364.

Ekberg, O., Feinberg, M.J. (1991). Altered Swallowing Function in Elderly Patients Without Dysphagia: Radiologic Findings in 56 Cases. *AJN* 156.

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., *et al.* (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 17: 139-46.

Elmstahl, S., Bulow, M., Ekberg, O., Peterson, M. & Tegner, H. (1999). Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia*. 14: 61-66.

Filho E., Pisani J., Carneiro J. & Gomes G. (1999). *Disfagia – Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Frôntis Editorial.3.

Fonseca, R. Silva, P. & Silva, R. (2007). Acordo inter-juizes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia, ISPA*. 5(1): 81-89.

Goldsmith, T. (2000). Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders Following Endotracheal Intubation and Tracheostomy. *International Anesthesiol Clinics*. 38: 219-24.

Gonçalves, M., Remaili, C., Behlau, M. (2013). Equivalência cultural da versão brasileira de Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS*: 2-5.

Hitchey, J., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., Tonn, S., *et al.* (2005). Formal Dysphagia Screening Prevent Pneumonia. *Stroke*. 36(9): 1972-76.

Hudson, H., Daubert, C. & Mills, R. (2000). The interdependency of protein-energy malnutrition, aging and dysphagia. *Dysphagia*. 15: 31-38.

INE, IP – Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Estatísticas da CPLP 2012*. Lisboa-Portugal. Disponível em:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=157850070&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=157850070&PUBLICACOESmodo=2). Acedido em 22 de Fevereiro de 2015.

Jacobi S., Levy S. & Silva, C. (2003). *Disfagia: Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.

Kadiri, S.(2005). Tackling cardiovascular disease in Africa – Will need much more than just imported measures from more developed countries. *BJM*. 331: 711-2.

Kaiser, S. (2004). Aspetos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Revista da SOCERJ*. 17 (1): 11-18.

Kunigk. M. & Chehter, E. (2007). Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. *Ver Soc Bras Fonoaudiol*. 12(4): 287-291.

Lakshminarayan, K., Tsai, A., Tong, X., Vazquez, G., Peacock, J., George, M., *et al.* (2010). Utility of Dysphagia Screening Results in Predicting Poststroke Pneumonia. *Stroke*. 41: 2849-2854.

Liberto, E. (2012). A formação de quadros angolanos no exterior: estudantes angolanos em Portugal e no Brasil. *Caderno de Estudos Africanos*. 23: 109-130.

Logeman. J.A. (1983). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. 2<sup>nd</sup> Edition. Austin, TX: PRO-ED.

Logemann, J., Veis, S., Colangelo, L. (1999). A Screening Procedure of Oropharyngeal Dhysphagia. *Dysphagia*. 14: 44-51.

Lopes, L., Conceição, A., Oliveira, J., Tavares, A, Domingos, C., *et al.* (2012). Cancer in Angola, resources and strategy for its control. *Pan African Medical Journal*. 12:13.

Macedo, E., Gomes, G., Furkim, A. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. São Paulo: Lovise.

Magalhães, T., Coelho, L. & Sózinho, G. (2011). Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola. *Revista Portuguesa de Danos Corporal*. (22): 133-165.

Mandysova, P., Škvrnáková, J., Ehler, E., Cerný, M. (2010). Creation of a 13-Item Bedside Dysphagia Screening Test. *Online J Health Allied Scs*. 9(4): 1-6.

Marchesan, I. (1999). *Deglutição: normalidade*. In: Furkim, M. & Santini, S. Disfagias Orofaringeas. Carapicuíba. Editora Pró-fono: pág. 3-18.

Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D., *et al.* (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): Development and Validation of Dysphagia Screening Tool for Patients With Stroke. *Stroke*. 40: 555-561.

Mensah, G. (2008). Epidemiology of stroke and blood pressure in Africa. *Heart*. 94: 697-705.

MINSA - Ministério da Saúde da República de Angola. (2009). *Programa Nacional de Controlo da Malária*. Relatório Anual.

MINSA/ DNSP - Ministério da Saúde da República de Angola / Direção Nacional de Saúde Pública (2011). *Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2011 (IIMA)*. Calverton, Maryland: Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro.

MINPLAN - Ministério do Planeamento. (2005). *Estratégia de Combate à Pobreza: Reinserção social, reabilitação e reconstrução e estabilização económica*. Edição Revista. Luanda.

Monteiro, M. (2011). *Efeito de factores do hospedeiro e parasitário na susceptibilidade à malária e gravidade da doença*. Tese de Doutoramento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa.

Moraes A., Coelho W., Castro G. & Nembr K. (2006). Incidência da disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista CEFAC*, 8 (2), 171-177.

Moreira, S. (2012). *Tradução e Validação da EAT-10 e da FOIS para o Português*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Portugal.

Organização Mundial de Saúde – Comité Regional Africano (2012). *Apreciação e subscrição da declaração de Brazzaville sobre prevenção e controlo de doenças não transmissíveis*. OMS África, Luanda.

Padovani, A., Moraes, D., Medeiros, G., Almeida T., Andrade, C. (2008). Intubação oro-traqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral. *Einstein*, 6 (3), 343-9.

Perry, L. & Love, C. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia* 16: 7-18.

Pires, S., Gagliardi, R., Gorzoni, M. (2004). Estudo das frequências dos principais factores de risco para acidente vascular cerebral isquémico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 62 (3-B): 844-851.

Puarari, V. (2011). *Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Queza A. J. (2010). *Sistema de Saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Portugal.

Rosado, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S. & Furia, L. (2005). Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. *Revista CEFAC*. 7 (1): 34-41

Sacco, R., Adams, R., Albers, G., Alberts, M., Benavente, F., Goldstein, L., *et al.* (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack a statement for healthcare professionals. American Heart Association. *Circulation*. 113: 409-499.

Santos, L., Conceição, A., Domingos, G., Lopes, L. (2011). Cancro em Angola: recursos e estratégias para o seu controlo. Clínica Sagrada Esperança, Clínica Girassol e Centro Nacional de Oncologia. 12º Congresso Nacional de Oncologia, Albufeira.

Schelp, A.O., Cola, P.C., Gatto A.R., Silva, R.G., Carvalho L.R. (2004). Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*, 62 (2-B), 503-506.

Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing* 2012; 41 (3): 376-81.

Shindler, J.S., Kelly J.H. (2002). Swallowing disorders in the elderly. *Laryngoscope* 112: 589-602.

Shindler, A., Mozzanica, S., Monzani, A., Ceriani, E., Atac, M., Jukic-Peladic, N., (2013). Reliability and Validity of the Italian Eating Assessment Tool. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 122 (11): 717-724.

Smith, C., Loagmann, J., Colangelo, L. et al. (1999). Incidence and patients characteristics associated with silent aspiration in the acute setting. *Dysphagia*. 14: 1-7.

Stoschus, B. & Allescher, H. (1993). Drug- Induced Dysphagia. *Dysphagia*. 8: 154-156.

Teasell, R., Foley, N., Fisher, J., Finestone, H. (2002). The Incidence, Management and Complications of Dysphagia Patients with Medullary Strokes Admitted to a Rehabilitation Unit. *Dysphagia* 17: 115-120.

Tolep, K., Getch, C., & Criner, G. (1996). Swallowing dysfunction in patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest*. 109 (1): 167-172.

Trampuz, A., et al. (2003). Clinical review: Severe malaria. *Crit Care* 7(4): 315-23.

Trapel, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 38: 2948-2952.

Vaiman, M., Shoval, G. & Gavriel, H. (2008). The electrodiagnostic of psychogenic swallowing disorders. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 265: 663-668.

Vanin, G. (2004). *Avaliação da frequência de sinais sugestivos da disfagia em pacientes de um centro de tratamento intensivo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Weatherall, D. & Clegg, J. (2002). Genetic variability in response to infection: malaria and after. *Genes and Immunity*. 3: 331-337.

Weatherall D., Miller L., Baruch D., Marsh K., Doumbo O., Casals-Pascual C. & Roberts D. (2002). Malaria and the Red Cell. *Hematology* 1: 35-57.

Winstein, C. (1983). Neurogenic Dysphagia: Frequency, Progression and Outcome in Adults Following Head Injury. *PHYS THER*. 63: 1992-1997.

World Health Organization (WHO). (2002). Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Publica*. 12 (5): 366-70.

Yang, D. & Valenzuela, E. (1992). Dysphagia a practical approach of diagnosis. *Postgrad MEDJ*. 92(7): 129-33, 136, 146.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**(VERSÃO ORIGINAL DO INSTRUMENTO EAT-10)**

# EAT-10: A Swallowing Screening Tool

LAST NAME

FIRST NAME

SEX

AGE

DATE

## OBJECTIVE:

EAT-10 helps to measure swallowing difficulties.

It may be important for you to talk with your physician about treatment options for symptoms.

## A. INSTRUCTIONS:

Answer each question by writing the number of points in the boxes.

To what extent do you experience the following problems?

### 1 My swallowing problem has caused me to lose weight.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 6 Swallowing is painful.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 2 My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 7 The pleasure of eating is affected by my swallowing.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 3 Swallowing liquids takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 8 When I swallow food sticks in my throat.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 4 Swallowing solids takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 9 I cough when I eat.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 5 Swallowing pills takes extra effort.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

### 10 Swallowing is stressful.

0 = no problem

1

2

3

4 = severe problem

## B. SCORING:

Add up the number of points and write your total score in the boxes.

**Total Score** (max. 40 points)

 

## C. WHAT TO DO NEXT:

If the EAT-10 score is 3 or higher, you may have problems swallowing efficiently and safely. We recommend discussing the EAT-10 results with a physician.

**Reference:** The validity and reliability of EAT-10 has been determined.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**(VERSÃO TRADUZIDA DE CONCILIAÇÃO)**

## FERRAMENTA DE TRIAGEM DA DEGLUTIÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

EAT-10 ajuda a detetar dificuldades de deglutição.

Pode ser importante para si falar com o seu médico sobre as opções de tratamento para os seus sintomas.

**INSTRUÇÕES:**

Responda a cada pergunta fazendo um círculo na resposta adequada.

As seguintes situações são problemáticas para si?	0 = sem problemas 4 = problema grave				
1. O meu problema de deglutição fez-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de deglutição interfere com a minha capacidade/ vontade de fazer refeições fora de casa.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer em comer é afectado pela forma como engulo.	0	1	2	3	4
8. Quando eu engulo sinto que fico com comida na garganta.	0	1	2	3	4
9. Tenho tosse quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir é stressante.	0	1	2	3	4
<b>Total</b>					

**PONTUAÇÃO:**

Some o número de pontos e escreva a pontuação total nas caixas.

Pontuação total (máximo 40 pontos).

**APÊNDICE II**  
**(FOLHA DE ANÁLISE DE PERITOS)**

**TRADUÇÃO TRANSCULTURAL, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO EAT-10 PARA A LÍNGUA  
PORTUGUESA EM ANGOLA"**

**VERIFICAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, EXPERIMENTAL E CONCEITUAL DA ESCALA  
EAT-10 - GRUPO DE PERITOS**

A presente solicitação ao grupo de peritos em disfagia contempla a fase de verificação da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual da escala EAT-10, objeto do atual estudo a ser desenvolvido em Angola: “Tradução transcultural, adaptação e validação do EAT-10 para a língua Portuguesa em Angola”.

A **escala EAT-10** foi concebida por Peter Belafsky (2008) com o objetivo de criar um instrumento de avaliação da disfagia de fácil aplicação e conclusão rápida, que pudesse ser aplicado a todos os pacientes, acedendo à severidade dos sintomas, qualidade de vida e eficácia do tratamento. A escala é aplicável a qualquer pessoa com disfagia, incluindo a disfagia orofaríngea e esofágica. Trata-se de uma escala de auto-avaliação analógica, verbal unidimensional e de pontuação direta para avaliar sintomas de disfagia. Composta por 10 itens, é preenchida pelo próprio paciente, classificando as afirmações com pontuação desde 0 (sem problema) a 4 (grande problema). Considera-se a partir de 3 a existência de disfagia (Belafsky, 2008).

Na fase de verificação da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, um grupo de 10 peritos, constituído por terapeutas da fala e com experiência em disfagia deverão realizar a **comparação entre o questionário original, a versão traduzida e a versão retrotraduzida.**

Os peritos podem realizar sugestões em todos os aspetos que considerem pertinentes, nomeadamente aspetos de conteúdo (qualidade da tradução) e formais (grafismo, marcação de respostas, organização de conteúdos, folha de registo).

**Instruções de análise:**

Se concorda com a forma como o item do questionário está traduzido, por favor indique-o na secção “**Comentário do perito**”, bastando para isso assinalar com um “P” ou preencher a caixa a cor verde. Se, por outro lado, considera que deveria ser melhorada a tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção “**Sugestão de alteração**”. Neste caso, por favor explique na secção “Comentário do perito” porque considera que tal alteração irá melhorar o questionário, por exemplo, porque...:

- faz com que a tradução fique mais precisa
- torna a tradução mais clara e/ou mais fácil de compreensão
- fica escrito numa linguagem mais familiar aos doentes
- fica mais correto gramaticalmente

**Por favor, abaixo, escreva os comentários gerais sobre a tradução que lhe foi apresentada:**

---

---

---

---

---

---

Item	Título
Original em Inglês	A Swallowing Screening Tool
Tradução proposta	Ferramenta de Triagem da Deglutição
Retroversão	A Swallowing Screening Tool
Comentário do perito	
Sugestão de alteração	

Item	1
Original em Inglês	My swallowing problem has caused me to lose weight
Tradução proposta	O meu problema de deglutição fez-me perder peso
Retroversão	My swallowing problem made me lose weight
Comentário do perito	
Sugestão de alteração	

Item	2
Original em Inglês	My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals
Tradução proposta	O meu problema de deglutição interfere com a minha capacidade/ vontade de fazer refeições fora de casa
Retroversão	My swallowing problem interferes with my ability / willingness to make me eat out
Comentário do perito	
Sugestão de alteração	

Item	3
Original em Inglês	Swallowing liquids takes extra effort
Tradução proposta	Engolir líquidos requer um esforço extra
Retroversão	Swallowing liquids requires extra effort
Comentário do perito	
Sugestão de alteração	

Item	4
Original em Inglês	Swallowing solids takes extra effort
Tradução proposta	Engolir sólidos requer um esforço extra
Retroversão	Swallowing solids requires extra effort
Comentário do perito	

<b>Sugestão de alteração</b>	
------------------------------	--

<b>Item</b>	<b>5</b>
<b>Original em Inglês</b>	Swallowing pills takes extra effort
<b>Tradução proposta</b>	Engolir comprimidos requer um esforço extra
<b>Retroversão</b>	Swallow medical tablets requires extra effort
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Item</b>	<b>6</b>
<b>Original em Inglês</b>	Swallowing is painful
<b>Tradução proposta</b>	Engolir é doloroso
<b>Retroversão</b>	Swallowing is painful
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Item</b>	<b>7</b>
<b>Original em Inglês</b>	The pleasure of eating is affected by my swallowing
<b>Tradução proposta</b>	O prazer em comer é afetado pela forma como engulo
<b>Retroversão</b>	Pleasure in eating is affected by how I swallow
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Item</b>	<b>8</b>
<b>Original em Inglês</b>	When I swallow food sticks in my throat
<b>Tradução proposta</b>	Quando eu engulo sinto que fico com comida na garganta
<b>Retroversão</b>	When I swallow I feel that I have food in the throat
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Item</b>	<b>9</b>
<b>Original em Inglês</b>	I cough when I eat
<b>Tradução proposta</b>	Tenho tosse quando como

<b>Retroversão</b>	I cough when I eat
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Item</b>	<b>10</b>
<b>Original em Inglês</b>	Swallowing is stressful
<b>Tradução proposta</b>	Engolir é stressante
<b>Retroversão</b>	Swallowing is stressful
<b>Comentário do perito</b>	
<b>Sugestão de alteração</b>	

<b>Identificação do Perito</b>
<b>Nome:</b>

**APÊNDICE III**  
**(VERSÃO PRÉ-FINAL)**

## FERRAMENTA DE TRIAGEM DA DEGLUTIÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

EAT-10 ajuda a detetar dificuldades de deglutição.

Pode ser importante para si falar com o seu médico sobre as opções de tratamento para os seus sintomas.

**INSTRUÇÕES:**

Responda a cada pergunta com um círculo na resposta adequada.

As seguintes situações são problemáticas para si?	0 = sem problemas 4 = problema grave				
1. O meu problema de deglutição fez-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de deglutição interfere com a minha capacidade/ vontade de fazer refeições fora de casa.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer em comer é afectado pela forma como engulo.	0	1	2	3	4
8. Quando eu engulo sinto que fico com comida na garganta.	0	1	2	3	4
9. Tenho tosse quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir é stressante.	0	1	2	3	4
<b>Total</b>					

**PONTUAÇÃO:**

Some o número de pontos e escreva a pontuação total na caixa.

Pontuação total (máximo 40 pontos).

**APÊNDICE IV**  
**(CONSENTIMENTO INFORMADO)**

## Declaração de Consentimento Informado

---

### “Tradução transcultural e adaptação do instrumento *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para a Língua Portuguesa em Angola”

O presente estudo, a ser conduzido por Soraia Leal, aluna do Mestrado em Terapia da Fala, área de especialização em Motricidade Orofacial e deglutição, pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão (Alcoitão-Portugal), tem como objectivo a tradução e adaptação cultural para a população Angolana de um instrumento de avaliação de alterações da deglutição (dificuldade em engolir).

Neste âmbito, gostaria de convidá-lo a participar no preenchimento do mesmo, bem como, a colaborar na entrevista. Esta etapa do estudo visa avaliação da compreensão e clareza dos itens do questionário.

A participação no estudo demorará cerca de 5 a 10 minutos. As respostas ao questionário serão tratadas de forma confidencial e os participantes não serão identificados, pelo que, a participação é anónima.

A colaboração é voluntária, sendo possível a desistência do estudo a qualquer altura sem quaisquer implicações ou perda de benefícios para o próprio.

---

### Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro consentir participar no estudo subordinado ao tema “Tradução e Adaptação cultural do *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para a língua portuguesa em Angola”, respondendo às questões propostas e facultando as informações necessárias.

Afirmo ter compreendido os objectivos do estudo, bem como, os princípios e procedimentos.

Foi-me garantido que poderia desistir do estudo a qualquer altura, e ainda, que todas as informações facultadas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas apenas para fins pedagógicos e científicos.

\_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O (A) Participante: \_\_\_\_\_

O (A) Observador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE V**  
**(FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICA)**

## CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Género:** 0.Feminino \_\_\_\_ 1.Masculino \_\_\_\_

**Estado Civil:** 0.Casado(a) ou união de facto \_\_\_\_

1.Solteiro(a) \_\_\_\_

2.Divorciado(a) \_\_\_\_

3.Viúvo(a) \_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Província de residência:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:** 0.[0 anos] \_\_\_\_

1.[1º - 4º ano] \_\_\_\_

2.[5º - 9º ano] \_\_\_\_

3.[10º - 12º ano] \_\_\_\_

4.[ > 12º ano] \_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** 1.Ausencia de perturbação de deglutição \_\_\_\_

2.Presença de perturbação da deglutição \_\_\_\_

### Historial clínico:

Sofre ou sofreu alguns dos seguintes problemas de saúde?

1.Sim \_\_\_\_

2.Não \_\_\_\_

1. Cancro da cabeça e pescoço: \_\_\_\_ Localização: 1. Cavidade oral \_\_\_\_

2. Maxila \_\_\_\_

3. Mandíbula \_\_\_\_

4. Faringe \_\_\_\_

5. Laringe \_\_\_\_

2. AVC \_\_\_\_

3. Traumatismo crânio-encefálico \_\_\_\_

4. Doenças degenerativas \_\_\_\_

5. Trauma da cabeça e pescoço \_\_\_\_

6. Poliomielite \_\_\_\_

7. Malária \_\_\_\_

8. Meningite \_\_\_\_

9. Hospitalização tendo sido submetido entubação orotraqueal ou traqueostomia \_\_\_\_

Alguém o ajudou a completar este questionário? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, de que forma o fez? Leu-lhe as questões? \_\_\_\_ Escreveu as respostas que deu \_\_\_\_

Tempo de preenchimento: \_\_\_\_\_

Tempo de entrevista: \_\_\_\_\_

**Conclusões entrevista:**

**APÊNDICE VI**  
**(GUIÃO DE ENTREVISTA)**

Participante N°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## PRÉ-TESTE

### Instruções:

O preenchimento do questionário apresentado visa a concretização da etapa de avaliação da compreensão, da clareza dos itens, da relevância cultural e do ajuste das palavras utilizadas nas questões do instrumento.

Os participantes devem inicialmente responder ao questionário, seguindo-se uma breve entrevista a fim de verificar a compreensão dos itens apresentados.

### Guião da Entrevista:

#### - Opinião geral sobre o questionário:

1. De forma geral, considera o questionário claro e fácil de compreender?

\_\_\_\_\_

2. Considera fácil de responder?

\_\_\_\_\_

3. É longo?

\_\_\_\_\_

4. As instruções são claras?

\_\_\_\_\_

#### - Opinião específica sobre o questionário:

(percorrer cada item do questionário)

5. A pergunta é difícil de compreender? Se sim, porquê?

\_\_\_\_\_

6. Compreendeu facilmente todas as palavra(s)? Se não, qual/quais?

\_\_\_\_\_

7. Teria escrito a pergunta de outra forma?

\_\_\_\_\_

8. Qual ou quais item(s)?

\_\_\_\_\_

9. Que alteração / alterações sugere?

\_\_\_\_\_

Tempo de preenchimento: \_\_\_\_\_

Tempo de entrevista: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VII**

**(VERSÃO FINAL SUGERIDA - EAT-10)**

## INSTRUMENTO DE TRIAGEM DA DEGLUTIÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

EAT-10 ajuda a detetar dificuldades de deglutição.

Pode ser importante para si falar com o seu médico sobre as opções de tratamento para os seus sintomas.

**INSTRUÇÕES:**

Responda a cada pergunta com um círculo na resposta adequada.

As seguintes situações são problemáticas para si?	0 = sem problemas 4 = problema grave				
1. O meu problema de engoli fez-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de engolir interfere com a minha capacidade/ vontade de fazer refeições fora de casa.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos requer um esforço extra.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer em comer é afectado pela forma como engulo.	0	1	2	3	4
8. Quando eu engulo sinto que fico com comida na garganta.	0	1	2	3	4
9. Tenho tosse quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir é stressante.	0	1	2	3	4
<b>Total</b>					

**PONTUAÇÃO:**

Some o número de pontos e escreva a pontuação total na caixa.

Pontuação total (máximo 40 pontos)