

Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool* (EAT-10) e da *Functional Oral Intake Scale* (FOIS)

Contribution to Adaptation and Validation of Eat Assessment Tool (EAT-10) and of Functional Oral Intake Scale (FOIS)

Alexandra Queirós⁽¹⁾ | Sónia Moreira⁽²⁾ | Anabela Silva⁽³⁾ | Rui Costa⁽³⁾ | Jorge Lains⁽⁴⁾

Resumo

Introdução: Com o decorrer do envelhecimento da população a prevalência de morbilidade aumenta, aumentando, também, a percentagem de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais. Uma das consequências do AVC é a ocorrência de disfagia.

Existem mundialmente várias escalas que permitem avaliar o grau de severidade desta disfunção, embora estas não se encontrem validadas para Portugal. A *Eating Assessment Tool* (EAT-10) e a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) são escalas de aplicação rápida e simples, sem ser necessário recorrer a uma avaliação funcional prévia.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é contribuir para a tradução e validação das escalas EAT-10 e FOIS para a população portuguesa.

Material e Métodos: A metodologia utilizada implicou três fases: na primeira fase foi efetuada a tradução e adaptação cultural e linguística para a língua portuguesa; na segunda fase foi realizado um pré-teste com o objetivo de verificar a equivalência semântica da EAT-10 e da FOIS, de forma a identificar potenciais problemas para posterior ajuste; na terceira fase foi avaliada a fiabilidade e validade da versão portuguesa da EAT-10 e da FOIS em utentes com disfagia.

Resultados: Os resultados deste trabalho sugerem que a versão portuguesa da EAT-10 apresenta consistência interna (0.75) e concordância entre observadores (0.86) aceitáveis, bem como, validade discriminante. Os resultados indicam ainda que a versão portuguesa da FOIS apresenta aceitável concordância entre observadores (0.78) e validade de critério.

Conclusões: As versões portuguesas da EAT-10 e da FOIS parecem ser válidas e fiáveis em utentes com disfagia causada por acidente vascular cerebral.

Palavras-chave: EAT-10; FOIS; AVC; Disfagia; Questionários.

Abstract

Introduction: Population ageing is a phenomenon associated with a rising prevalence of morbidity, in particular, due to chronic non-communicable diseases such as stroke. Dysphagia is one of the consequences of stroke. There are a number of scales to assess the severity of dysphagia. However, these are not validated to Portuguese. The *Eating Assessment Tool* (EAT-10) and the *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) are easy to apply instruments and do not require a complete functional assessment of the patient.

Objectives: The objective of this work is to translate and contribute to the validation of the EAT-10 and FOIS scales for the Portuguese population.

(1) Professora Coordenadora - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

(2) Terapeuta da Fala - Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo, Portugal

(3) Assistente Hospitalar Graduado de MFR - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

(4) Assistente Hospitalar Graduado de MFR - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, Tocha, Portugal

E-mail: alexandra@ua.pt

Data de receção - Maio 2013

Data de aprovação para publicação - Dezembro 2013

Material e Methods: *The methodology was divided into three phases: the first concerned the translation process; the second concerned the semantic evaluation; and the third was the evaluation of reliability and validity of the Portuguese versions of EAT-10 and FOIS in patients with deglutition disorders due to stroke.*

Results: *The data produced by this work suggests that the Portuguese version of EAT-10 presented acceptable internal consistency (0.75), acceptable inter-rater reliability (0.86), as well as, discriminant validity. Results also suggest that the Portuguese version of FOIS presented acceptable inter-rater reliability (0.78) and criterion validity.*

Conclusions: *The Portuguese versions of the EAT-10 and FOIS seem to be reliable and valid when used in patients with dysphagia due to stroke.*

Keywords: *Stroke; Deglutition Disorders; Questionnaires.*

1 Introdução

Em Portugal, a esperança média de vida tem vindo a aumentar e prevê-se que esta tendência se mantenha. No decorrer das últimas quatro décadas a proporção de população idosa em Portugal cresceu de 8% em 1960 para 16,4% no ano 2000 e 17,3% no ano 2006.^{1,2} O envelhecimento da população está associado a um aumento da morbilidade e da ocorrência de determinadas patologias, entre as quais, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que duplica a cada década.⁴

O AVC pode estar associado a diversas alterações funcionais, consoante a área cerebral afetada, no entanto as desordens mais comuns são as alterações cognitivas, alterações comportamentais, alterações de linguagem, alterações da fala, alterações sensitivas e/ou motoras, dificuldades na alimentação.⁵ Cerca de 25% a 50% destes AVC têm como consequência a ocorrência de disfagia.⁶⁻⁸

A disfagia é definida como qualquer dificuldade na deglutição, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca até ao estômago.⁹ A aspiração e penetração de alimento nas vias aéreas são as complicações mais importantes da disfagia, podendo pôr em risco a vida do utente.^{6,9} A disfagia tem ainda, frequentemente, graves consequências sociais, emocionais e socioeconómicas, alterando muitas vezes, a qualidade de vida da pessoa.¹¹

Tendo em conta a gravidade das repercussões desta perturbação, é fulcral que a disfagia seja detetada o mais precocemente possível. Para isso é necessário recorrer a técnicas e exames específicos.

A avaliação da disfagia orofaríngea é iniciada com a realização de uma anamnese, minuciosa e detalhada, que permite obter variadas informações acerca da história alimentar.¹² Esta anamnese é complementada por um exame físico.

Há ainda vários exames complementares como a videofluoroscopia ou a endoscopia que permitem confirmar a existência de disfagia e o seu grau de gravidade.

Além dos modos de avaliação e exames referidos, encontram-se ainda disponíveis algumas escalas que permitem complementar a avaliação anteriormente descrita, classificando os sinais e sintomas encontrados.

Existem atualmente algumas escalas a nível internacional que permitem avaliar a disfagia. No entanto, em Portugal, não existe ainda nenhuma escala validada linguisticamente e culturalmente que permita avaliar a disfagia.

Apesar da variedade de escalas existentes para avaliar a disfagia, todas elas registam diferenças fulcrais quando se torna necessário selecionar uma para proceder a uma avaliação. As principais diferenças entre as várias escalas, são a necessidade ou não de avaliação funcional, se é preciso colaboração do paciente, a duração da aplicação e a facilidade ou não da utilização por parte do avaliador.

A *Eating Assessment Tool* (EAT-10) e a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) são escalas de rápida aplicação, quando comparadas com as outras, excluindo a necessidade de uma avaliação funcional prévia. Para além disso, são escalas fáceis de aplicar. São estas características que as tornam escalas práticas e úteis no despiste da disfagia e a sua validação para Portugal seria uma mais-valia para a avaliação e intervenção nesta área.

A escala EAT-10 permite avaliar a severidade da disfagia e as limitações que causa na vida social e emocional dos utentes, podendo ser utilizada para caracterizar a severidade dos sintomas e a eficácia do tratamento.⁷ É uma escala auto-administrada utilizada para avaliar disfagia independentemente da sua origem ou estágio da condição que lhe deu origem. Assim, pode ser aplicada a utentes com disfagia decorrente de um AVC. O instrumento demora cerca de 2 minutos a ser aplicado e é, habitualmente, preenchido pelo próprio utente.

A FOIS foi desenvolvida para documentar o nível de alimento e bebida que um paciente com disfagia ingere pela cavidade oral, e é composta por sete níveis que permitem classificar a gravidade das limitações da

alimentação por via oral.^{13,14} Um paciente classificado como nível 7 na FOIS não apresenta qualquer limitação, alimentando-se normalmente por via oral. Um paciente com nível 1 na FOIS não ingere qualquer alimento por via oral.¹⁵ Tem uma duração de aplicação de cerca de 5 minutos e é aplicada por profissionais de saúde como por exemplo enfermeiro, dietista, nutricionista ou terapeuta da fala. Tal como na EAT, pode ser aplicada para qualquer utente com disfagia, independentemente da sua origem, não é necessária a colaboração do paciente nem o recurso a videofluoroscopia.¹³

1.1 Objetivos

O objetivo deste estudo é contribuir para a adaptação e validação cultural e linguística das escalas EAT-10 e FOIS. Avaliou-se a consistência interna, a fiabilidade teste-reteste e a validade discriminante para a EAT 10 e a fiabilidade inter-observadores e a validade discriminante para a FOIS.

2 Material e Métodos

O estudo foi desenvolvido em duas fases. Na primeira fase foi efetuada a tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa e a verificação da equivalência semântica da EAT-10 e da FOIS, tal como descrito nas linhas orientadoras para tradução e adaptação de instrumentos.¹⁶ Na segunda fase foi efetuada a avaliação da fiabilidade e validade das referidas escalas em utentes com disfagia. Este estudo foi desenvolvido no serviço de reabilitação geral de adultos e na unidade de cuidados continuados do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP).

2.1 Amostra

Foram convidados a participar no estudo todos os utentes com AVC e com diagnóstico de disfagia, internados ou a realizar tratamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP) entre Dezembro de 2011 e Junho de 2012. Foi também incluído um grupo de estudantes da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro de forma a permitir avaliar a validade discriminante, à semelhança do que foi realizado na validação original.⁷

Para o grupo dos utentes, foram incluídos no estudo todos aqueles que aceitaram participar e cumpriam os critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, ter tido um AVC há mais de 3 meses, com diagnóstico de disfagia, e compreender os objetivos do estudo. Para a EAT-10 definiu-se um critério adicional de autorização para saídas pontuais do regime de internamento, uma vez que uma das perguntas da EAT-10 avalia o quanto a disfagia interfere com o "ir comer fora".

Como critérios de exclusão foram definidos: apresentar outras patologias do foro neurológico, não ter capacidade para preencher a EAT 10 e não ter

capacidade de fornecer o consentimento informado.

Este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP) e todos os utentes deram o seu consentimento informado.

2.2 Procedimentos

Para a validação da EAT-10, foi solicitado aos utentes com disfagia que preenchessem a EAT 10 em duas ocasiões distintas com um intervalo de pelo menos 24 horas, ambas após a primeira autorização para a saída temporária. Aos estudantes foi solicitado o preenchimento em apenas um momento.

Para a validação da FOIS, o terapeuta da fala procedeu à avaliação do método utilizado para a ingestão de alimentos (via oral ou via alternativa – sonda nasogástrica), e quantidade (total ou parcial) através da sua avaliação clínica, sem recurso à FOIS. Passadas 24 horas foi aplicada a FOIS pelo enfermeiro de serviço através da observação direta. A FOIS foi ainda preenchida com base nas informações descritas no processo do utente, entre 3 a 10 dias após a avaliação inicial.

2.3 Análise estatística

Para a EAT-10, foram avaliadas a consistência interna através do Alpha de Cronbach e a fiabilidade teste-reteste através do Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI). Foi ainda avaliada a validade discriminante através do U de Mann Whitney. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0.05$.

Para a FOIS, foram avaliadas a fiabilidade teste-reteste através da percentagem de concordância e do Kappa de Cohen (k) e a validade de critério através da contagem do número de utentes avaliados da mesma forma pelos dois métodos: pela FOIS através de observação direta e pela avaliação do terapeuta da fala.

Um valor de $\text{Alpha} \geq 0.70$, CCI e $K \geq 0.70$ foram considerados aceitáveis.¹⁷

3 Resultados

A análise dos resultados e informações recolhidas durante a fase 1, apontaram para a necessidade de uma escala de resposta com os graus de dificuldade junto ao participante aquando do preenchimento da EAT-10. Verificou-se, também, que deveria existir um guia de aplicação para o profissional que administra a FOIS de forma a facilitar o seu preenchimento. Assim, na fase 2 foi utilizada uma escala de resposta adicional para a EAT-10 e construído um guia de aplicação para a FOIS.

O número total de participantes foi de 46 para a EAT-10, 23 utentes com disfagia orofaríngea resultante de AVC (idade (média±dp)=72.9±7.9 anos; sexo=16 homens e 7 mulheres) e 23 estudantes (idade (média±dp)=19.5±1.4

anos; sexo=4 homens e 19 mulheres). Para a validação da FOIS participaram 26 utentes com disfagia orofaríngea resultante de AVC (idade (média±dp)=73.4±9.2 anos; sexo=7 homens e 19 mulheres).

3.1 Propriedades psicométricas da EAT-10

De uma forma geral foram assinalados todos os graus de severidade para os diferentes itens, o que sugere uma amostra heterogénea. Contudo, para cada um dos itens, a maioria dos participantes tendeu a assinalar a opção "Sem problema" (entre 30.4% e 86.2%), sugerindo que um número elevado de participantes não perceciona a disfagia como incapacitante (Tabela 1).

O Alpha de Cronbach para o conjunto dos itens da escala foi de 0.75 (Tabela 2), sugerindo consistência

interna aceitável.

O CCI para a fiabilidade inter-observadores foi de 0.86 para o score total sugerindo que o instrumento é fiável.

No que diz respeito à validade discriminante, a EAT-10 conseguiu distinguir entre o grupo controlo e o grupo de utentes com disfagia ($p<0.01$) sugerindo que apresenta validade discriminante.

3.2 Propriedade psicométricas da FOIS

A concordância entre os resultados obtidos aquando do preenchimento da FOIS, por observação direta dos utentes e consulta do processo dos mesmos, indica adequada concordância entre observadores ($K=0.78$).

Tabela 1 - Frequências e mediana da EAT-10

Frequências e mediana da EAT-10	0	1	2	3	4	Mediana (IQ25 - IQ75)
1. O meu problema de engolir fez-me perder peso.	14 (60,9%)	1 (4,3%)	6 (26,1%)	0 (0%)	2 (8,7%)	0 (0 - 2)
2. O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	16 (69,6%)	3 (13,0%)	1 (4,3%)	0 (0%)	3 (13,0%)	0 (0 - 1)
3. Engolir líquidos exige um esforço maior.	7 (30,4%)	4 (17,4%)	3 (13,0%)	0 (0%)	9 (39,1%)	2 (0 - 4)
4. Engolir sólidos exige um esforço maior.	10 (43,5%)	5 (21,7%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)	2 (8,7%)	1 (0 - 2)
5. Engolir comprimidos exige um esforço maior.	13 (56,5%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)	3 (13,0%)	0 (0 - 2)
6. Engolir é doloroso.	19 (82,6%)	0 (0%)	3 (13,0%)	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0 - 0)
7. O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	17 (73,9%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	0 (0 - 1)
8. Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	14 (60,9%)	2 (8,7%)	3 (13,0%)	1 (4,3%)	3 (13,0%)	0 (0 - 2)
9. Tusso quando como.	7 (30,4%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	3 (13,0%)	2 (8,7%)	1 (0 - 2)
10. Engolir causa-me stresse.	15 (65,2%)	1 (4,3%)	0 (0%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)	0 (0 - 3)

Tabela 2 - Consistência interna: valor do Alpha de Cronbach na ausência do item

Consistência interna: valor do Alpha de Cronbach na ausência do item	N	Alpha de Cronbach na ausência do item
1. O meu problema de engolir fez-me perder peso	23	0,75
2. O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	23	0,74
3. Engolir líquidos exige um esforço maior.	23	0,72
4. Engolir sólidos exige um esforço maior	23	0,72
5. Engolir comprimidos exige um esforço maior.	23	0,70
6. Engolir é doloroso	23	0,77
7. O prazer de comer é afetado pela minha dificuldade em engolir.	23	0,72
8. Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	23	0,70
9. Tusso quando como.	23	0,73
10. Engolir causa-me stresse.	23	0,69
Total	23	0,75

Relativamente à validade de critério, os resultados mostram que dos 26 participantes, 24 eram alimentados por via oral e 2 por via alternativa (sonda nasogástrica) quando avaliados através da FOIS, tendo existido concordância entre o resultado da FOIS e a avaliação do TF (quanto ao método) para 25 dos 26 participantes. Quanto à quantidade, todos os participantes foram classificados como "total", o que está de acordo com a classificação obtida com a FOIS. Estes resultados sugerem que a FOIS apresenta validade de critério.

4 Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo proceder à validação das escalas EAT-10 e FOIS para a população portuguesa. Os resultados sugerem que ambas as escalas são fáceis de compreender e claras, com exceção de alguns termos mais específicos na FOIS. Este facto, deveu-se provavelmente, ao nível sociocultural de alguns dos entrevistados, e à falta de domínio de termos específicos da área da saúde. Estas dificuldades apresentadas pelos entrevistados foram analisadas e minoradas para a fase seguinte do estudo.

No que diz respeito à fiabilidade, verificou-se que a versão portuguesa da EAT-10 apresenta uma consistência interna razoável, tendo em conta o valor global do Alpha de Cronbach (0,75). Estas conclusões vão de encontro ao estudo de Belafsky,⁷ que refere que o instrumento apresenta adequada consistência interna.

Quanto à fiabilidade inter-observadores, os resultados sugerem que esta é adequada (CCI=0.83) e são semelhantes aos da versão original que variaram entre 0.72 e 0.91.⁷

Por fim, relativamente à validade discriminante, verificou-se que existem diferenças significativas entre os scores dos dois grupos avaliados, sendo que o grupo

de utentes apresenta um score mais elevado que o grupo de estudantes. O que vai de encontro aos objetivos do instrumento, nomeadamente detetar a existência de disfagia, bem como, aos resultados do estudo original.⁷

Em relação à FOIS, os resultados do Kappa de Cohen (0.78) indicam adequada concordância entre observadores. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Cray¹⁴ que obteve um valor de Kappa bastante elevado (0.91).

Relativamente à validade de critério, os resultados indicam que há concordância entre a avaliação efetuada inicialmente pelo terapeuta da fala e os resultados da aplicação do instrumento. Estes resultados vão de encontro ao obtido por Cray¹⁴ que obteve associações significativas entre a FOIS e as restantes escalas aplicadas.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra e o facto dos participantes apresentarem o mesmo tipo de disfagia (disfagia orofaríngea decorrente de AVC). Assim, é necessário avaliar as propriedades psicométricas da EAT 10 e da FOIS em estudos com mais participantes e maior diversidade no tipo de disfagia.

5 Conclusões

As versões portuguesas da EAT-10 e da FOIS parecem apresentar níveis adequados de fiabilidade e validade para utentes com disfagia orofaríngea decorrente de AVC.

Agradecimentos

À Direção Clínica do CMRRC-RP, por ter permitido a recolha da amostra e assim tendo tornado possível a execução deste trabalho, e a todos que neste local se mostraram disponíveis para ajudar em todo o processo.

Referências / References:

- Fundação Khan FA. Estudo de avaliação das necessidades dos séniores em Portugal. Lisboa: Cedru; 2004.
- Lopes C. O AVC no idoso: prevenção e reabilitação. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral 2010. [consultado 14 de Abril de 2011]. Disponível em http://www.spavc.org/lmgs/content/article_279/avcido.pdf.
- Danusa Figueirinha IM, Simões JA. Ética na relação do profissional de saúde e idoso nos cuidados continuados. Rev Port Bioética, 2012. 16.
- Blakris CB. The Seventh Report of the Joint National Committee (JNC) on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda: NIH; 2003.
- Cancela DO. Acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação. Portal dos Psicólogos, 2008.
- Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Chest. 2003. 124(1): 328-36.
- Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008. 117(12): 919-24.
- Brandão D, Vianna L. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. Rev Assoc Méd Brasil. 2009. 55: 738-43.
- Paixão C. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. Rev Gaúcha Enf. 2010: 262-9.
- Jacobi J. Disfagia: Avaliação e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- Moraes AM, Castro G, Nembr K. Incidência da disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. Cefac. 2006. 8: 171-7.
- Leite M, Silva A. AVC Hemorrágico - Fisiopatologia e manifestações clínicas. 2008.
- Crary, M. Dysphagia and nutritional status following stroke. Gainesville: University of Florida; 2004.
- Crary MA, Groher ME. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. 2005. 86(8): 1516-20.
- Silva R, Peres F, Cola P, Gatto A, Spadotto A. Protocolo para controle da eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (procedon). Cefac. 2010. 12(1): 75-81.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine. 2000. 25(24): 3186-91
- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1995.

6 Anexos

6.1 EAT-10 versão portuguesa¹

Eating Assessment Tool (EAT -10)²

Instrumento de Avaliação da Deglutição

Data: _____

Nome: _____

Altura: _____ Peso: _____

Por favor, descreva resumidamente o seu problema de engolir.

Por favor, liste os testes de engolir que realizou, incluindo o local, quando os realizou e os resultados obtidos.

Até que ponto as seguintes situações são problemáticas para si?

Faça um círculo na resposta adequada	0 = Sem Problema 4 = Problema Grave				
	0	1	2	3	4
1. O meu problema de engolir fez-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer de comer é afectado pelas minhas dificuldades em engolir.	0	1	2	3	4
8. Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	0	1	2	3	4
9. Tusso quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir causa-me stresse.	0	1	2	3	4
Total EAT-10					

6.2 FOIS versão portuguesa³

Functional Oral Intake Scale (FOIS)⁴

Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

1. Incapacidade de ingestão por via oral
2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

4. Ingestão total por via oral de uma única consistência
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

¹ Versão Portuguesa: © 2012 Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde

² Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, and Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol* 117: 919-924, 2008.

³ Versão Portuguesa: © 2012 Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde

⁴ Crary MA, Carnaby-Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1516-1520.