



Abordagem epidemiológica em disfagia orofaríngea

Epidemiological approach in oropharyngeal dysphagia

Abordaje epidemiológico de la disfagia orofaríngea

*Leandro de Araújo Pernambuco**
*Hipólito Virgílio Magalhães Junior***

Kertscher B, Speyer R, Fong E, Georgiou AM, Smith M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in the Netherlands: a telephone survey. *Dysphagia*. 2015;30(2):114-20.

*Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: LAP e HVMJ - participaram da elaboração e revisão crítica do manuscrito.

Endereço para correspondência: Leandro de Araújo Pernambuco. João Pessoa (PB), Brasil.

E-mail: leandroape@globo.com

Recebido: 17/12/2014 **Aprovado:** 26/02/2015



A disfagia orofaríngea (DO) como objeto de estudo é abordada tradicionalmente na literatura numa perspectiva clínica, sendo ainda escassos os trabalhos que discutem os aspectos epidemiológicos desse sintoma¹. No intuito de compreender melhor a magnitude da prevalência de DO na população geral, Kertscher et al. (2014), um grupo multidisciplinar formado por pesquisadores da Holanda, Austrália, Suíça e Grécia com formação em Fonoaudiologia, Medicina e Fisioterapia, realizaram um estudo no qual definiram dois objetivos: (1) extrair informações sobre prevalência de DO na população geral por meio de revisão sistemática de literatura (RS) e (2) estabelecer a prevalência de DO na população geral holandesa por meio de inquérito telefônico (IT).

Para o objetivo 1, os autores descreveram a realização de uma RS que abrangeu estudos publicados até julho de 2013, constantes nas bases de dados PubMed e Embase, utilizando como estratégia de busca o cruzamento de descritores e termos livres. Para ser incluído, o artigo necessitava ser publicado em língua inglesa, descrever a prevalência e/ou incidência de DO na população geral e ser um estudo randomizado controlado ou ensaio clínico com desenho bem definido. Os critérios para avaliar a qualidade metodológica dos artigos consideraram o número de participantes, o uso de questionários validados ou bem descritos e a formulação clara da definição de DO em cada trabalho.

A busca resultou em 3.017 resumos e após a exclusão de 173 artigos duplicados o total de resumos foi de 2.844. Dois revisores independentes conduziram a seleção dos resumos e possíveis divergências foram resolvidas por consenso. De acordo com os critérios previamente estabelecidos, a revisão resultou em seis artigos incluídos. O tamanho das amostras variou de 337 a 2.973 participantes e os estudos foram realizados em diferentes países. Os questionários utilizados para obtenção de dados referentes à disfagia foram distintos, e em apenas três, o processo de validação havia sido concluído. Os protocolos tinham como objetivo principal identificar sinais e sintomas relacionados à dor no peito, refluxo gastroesofágico, motilidade esofágica ou trato digestivo, sendo assim, não eram específicos para DO, mas possuíam questões relacionadas.

Três estudos definiram disfagia como “sensação de que a comida fica parada na garganta ou peito” e nos demais não estava claro se o termo “disfagia” referia-se à DO, disfagia esofágica ou

ambos. O resultado da revisão revelou que a prevalência de DO na população geral variou de 2,3 a 16%, contudo, os autores chamaram a atenção para a limitação no que diz respeito à definição explícita do que estava sendo considerado “disfagia”.

Para o objetivo 2, os autores conduziram um IT no qual participaram indivíduos com 18 anos ou mais de idade, registrados nos diretórios telefônicos de três cidades que, segundo os autores, representavam a população geral holandesa. A identificação do risco para DO foi obtida por meio do *Eating Assessment Tool* (EAT-10), um questionário auto-referido de *status* funcional de saúde desenvolvido e validado por norte-americanos². O EAT-10 é composto por dez itens cujas respostas são dispostas em uma escala Likert de cinco pontos crescentes em termos de gravidade. O artigo de validação original indica que um escore igual a 3 ou mais classifica o resultado como alterado, no entanto, um estudo recente³ comparou o EAT-10 com a videofluoroscopia da deglutição e mostrou que a redução do escore para 2, ou mais, incrementa a sensibilidade do resultado em 5% sem alterar a especificidade. Para fins de análise, os autores analisaram ambos os pontos de corte. O EAT-10 foi traduzido para a língua holandesa pelo consenso de três *experts* em disfagia, contudo, o processo de validação ainda está em andamento, segundo os autores.

No total, 6.700 pessoas foram contatadas por telefone. Dessas, 2.600 (38,8%) com idade entre 18 e 97 anos aceitaram participar e completaram todo o questionário. Da amostra final, 219 (8,4%) participantes com idade mediana igual a 65 anos alcançaram um escore de 3 ou mais. Ao considerar o escore mais rigoroso de 2 ou mais pontos, 315 (12,1%) participantes com idade mediana igual a 62 anos foram classificados com DO. Ao dividir a população entrevistada por faixa etária, verificou-se que o percentual de DO foi mais elevado em indivíduos com idade acima de 76 anos, chegando a 21,9% com escore ≥ 3 e 26,2% com escore ≥ 2 . Os autores finalmente concluíram que o conhecimento sobre a prevalência de DO na população geral pode contribuir para a previsão de gastos com a assistência à saúde e que a detecção precoce com intervenção imediata pode minimizar o impacto negativo da DO na qualidade de vida, evitando novas complicações e onerações.

Este estudo auxilia a incrementar a produção científica sobre os aspectos epidemiológicos da DO e estimula a reflexão sobre essa condição de saúde

no contexto das grandes populações. Entretanto, observaram-se alguns entraves metodológicos que precisam ser controlados futuramente. Em relação à revisão sistemática, os principais pontos críticos referem-se a vieses de seleção dos artigos. A utilização de apenas duas bases de dados em revisões sistemáticas, mesmo com sua reconhecida relevância científica, ainda é controversa⁴, pois existe o risco de alguns artigos não serem incluídos. Vale ressaltar também a limitação imposta pela inclusão de trabalhos publicados exclusivamente em língua inglesa e o fato de serem incluídos ensaios clínicos quando, diante do objetivo da revisão, deveriam ser considerados apenas estudos diagnósticos.

Outro viés de seleção dos artigos correspondeu à inclusão de estudos que descrevessem a incidência de DO. Prevalência e incidência são dois descritores epidemiológicos distintos¹, portanto, se o objetivo da revisão foi identificar prevalência, descritores referentes à incidência não poderiam ter sido incluídos na sintaxe.

O fato dos estudos não deixarem explícito o que o termo “disfagia” significou em seus trabalhos foi precisamente indicado como um aspecto limitante para comparações entre as pesquisas. Ao mesmo tempo, os autores da revisão também não delineararam claramente sua definição de DO. Em virtude dessa inconsistência conceitual, a conclusão da RS não deveria apontar para a prevalência de DO na população geral, uma vez que não há certeza se a disfagia investigada nesses estudos foi orofaríngea ou esofágica.

Os autores da revisão também não fizeram quaisquer comentários a respeito da faixa etária considerada nos estudos incluídos. Apenas três pesquisas indicaram a amplitude da idade e em nenhuma delas a população infantil foi inserida. Finalmente, os autores da revisão chamaram a atenção para o fato de três estudos não utilizarem protocolos que produzem resultados válidos e confiáveis, o que pode implicar em vieses e conclusões equivocadas^{1,7}.

Para alcançar o segundo objetivo, os autores utilizaram o IT, uma estratégia considerada de fácil acesso, ágil e de baixo custo⁵, mas cuja qualidade e representatividade das informações são questionadas na literatura. Isso ocorre devido a restrições como a exclusão dos indivíduos que não possuem telefone fixo, as elevadas taxas de recusa e não resposta, a dificuldade em obter dados que necessitam de observação direta, a incerteza sobre

a fidedignidade da identidade do respondente e o menor controle sobre a interferência de terceiros no ambiente de entrevista^{5,6}.

As limitações do IT foram elencadas de forma pertinente no artigo, com descrição dos vieses que envolviam a participação dos respondentes em virtude da disponibilidade de tempo, acessibilidade às ligações telefônicas e utilização frequente de outros recursos telefônicos como o celular, especialmente pelas gerações mais jovens. Quanto ao processo de amostragem, os pesquisadores a realizaram com fundamentação prioritariamente teórica, em detrimento da estatística, contudo, não ficaram claros os critérios de escolha das cidades holandesas estudadas.

O protocolo utilizado no IT foi o EAT-10, definido pelos autores da pesquisa como um instrumento de *screening* para identificação de indivíduos com risco de DO. Chama-se aqui a atenção para um possível viés do instrumento de coleta de dados, pois os objetivos originais do EAT-10 são avaliar a gravidade da disfagia, os aspectos relacionados com a qualidade de vida e a eficácia do tratamento², não sendo descrito, portanto, como *screening*. Um estudo seguinte³, conduzido por outro grupo de pesquisadores, mostrou por meio de medidas de acurácia que o resultado do protocolo permite discriminar indivíduos com e sem disfagia, o que o credenciaria como um *screening*. Tal interpretação deve ser analisada com cautela, pois o EAT-10 foi concebido originalmente para indivíduos que possuem um problema de deglutição reconhecido. Isso é notório quando se verifica que as duas primeiras questões do protocolo assumem previamente a existência de uma alteração na deglutição (*My swallowing problem has caused me to lose weight* – Meu problema para engolir me faz perder peso; *My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals* – Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa). Ao administrar o EAT-10 na população geral, os indivíduos que não se reconhecem com alteração de deglutição podem se sentir limitados em responder essas perguntas, que do ponto de vista psicométrico não podem ser excluídas ou alteradas. Nesse sentido, o principal questionamento em relação a esse aspecto, e que não é elucidado no artigo, é como os autores conseguiram superar essa limitação.

Ainda sobre a utilização do EAT-10 nesse estudo, vale ressaltar que os pesquisadores administraram a versão apenas traduzida, pois o

processo de validação ainda está em andamento, o que destoa dos comentários dos próprios pesquisadores a respeito desse aspecto, conforme mencionado anteriormente. Nesse sentido, não é possível sintetizar valores de prevalência que tenham validade externa, pois o construto obtido por meio do protocolo utilizado não tem validade interna, uma vez que o processo de validação da versão holandesa ainda não foi concluído e não há respaldo teórico que o sustente como adequado para captar o desfecho pretendido. Além disso, a amostra definida como quase-randomizada não permite realizar generalizações sobre a magnitude de DO na Holanda, já que a população infantil não foi contemplada.

Apesar das insuficiências teóricas e metodológicas aqui apontadas, o artigo tem o mérito de propor uma abordagem epidemiológica a um tema que necessita de mais estudos nessa perspectiva. Espera-se que pesquisas com delineamento epidemiológico sejam mais disseminadas nas diferentes culturas e populações mundiais, inclusive no Brasil, e que os resultados colaborem com a melhor compreensão dos fenômenos que ultrapassam os limites do contexto clínico nos casos de DO.

Referências Bibliográficas

- 1 Pernambuco LA, Magalhães Junior HV. Aspectos epidemiológicos da disfagia orofaríngea. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tompe, MC. Tratado das especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p. 7-14.
- 2 Belafsky PC, Mouadeb RA, Rees CJ et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008; 117(12): 919-24.
- 3 Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clave P. Sensitivity and specificity of the eating assessment tool and the volume-viscosity swallow test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014; 26(9):1256-65.
- 4 Kwon Y, Powelson SE, Wong H, Ghali WA, Conly JM. An assessment of the efficacy of searching in biomedical databases beyond MEDLINE in identifying studies for a systematic review on ward closures as an infection control intervention to control outbreaks. *Syst Rev*. 2014; 13(1): 135.
- 5 Ferreira AD, César CC, Malta DC et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. *Ver Bras Epidemiol*. 2011; 14 (supl 1): 16-30.
- 6 Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl 1): 168-79.
- 7 Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 140: 33-6.