

Caracterização do perfil diagnóstico e fluxo de um ambulatório de Fonoaudiologia hospitalar na área de Linguagem infantil

Characterization of the diagnostic profile and flow of a Speech-Language Pathology service in child language within a public hospital

Patrícia Pupin Mandrá¹, Marília Vieira Diniz²

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil diagnóstico e o fluxo de usuários de um serviço de Fonoaudiologia de um hospital escola público. **Métodos:** A coleta foi realizada em documentos, arquivos de prontuário, selecionados por código no período entre outubro de 2007 e março de 2009. Após o registro, os resultados foram descritos estatisticamente. **Resultados:** Houve predomínio do gênero masculino (67,8%); em 58,95% a faixa etária estava entre 0 e 7 anos; 88,48% da população era procedente de municípios da região norte do estado de São Paulo; 43,2% vinham do serviço neurologia do hospital e 33,6% frequentavam escola. Quanto ao diagnóstico 27,5% eram de atraso de linguagem, 20,06% de distúrbios de linguagem e 15,51% de distúrbios da aprendizagem, com prevalências de 0,31, 0,17 e 0,23 casos em 273, respectivamente. As comorbidades foram: retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (14,28%) e prematuridade (8,69%). Os encaminhamentos eram para Audiologia (24,77%) e Odontologia (20,18%) e 51,64% dos usuários estavam em lista de espera para terapia no local. **Conclusão:** Prevaleceu o diagnóstico de atraso de linguagem em crianças do gênero masculino, com idade entre 0 e 6 anos e 11 meses. Foi identificado um fluxo externo proveniente de município da região e interno (ambulatorial). Parte da demanda foi absorvida pelo serviço, parte aguardava por reabilitação e uma parcela foi contra-referenciada às unidades de origem.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde; Ambulatório hospitalar; Pacientes ambulatoriais; Epidemiologia; Linguagem infantil

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas distribuídas em todo o território nacional. O sistema é dividido em níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e complexidade (baixa, média e alta). No nível terciário, dos hospitais especializados, são realizados procedimentos de média e alta complexidade incluindo medidas de reabilitação⁽¹⁾.

Para consolidar a inserção do fonoaudiólogo nos diversos níveis de atenção e complexidade são necessárias estimativas epidemiológicas relacionadas à incidência, prevalência, comorbidade, entre outros, e a criação de indicadores de saúde fonoaudiológica⁽²⁾. Esses dados são relevantes para a sistematização de critérios de regulação e organização para os diversos setores da saúde⁽²⁻¹⁰⁾.

Na literatura nacional pesquisas na área de Fonoaudiologia descreveram algumas características epidemiológicas encontradas na população atendida em clínicas conveniadas ao SUS⁽³⁾, clínicas escola de universidades⁽²⁻¹²⁾, na atenção básica⁽²⁻¹²⁾, em Núcleo de Atenção Psicopedagógica Infantojuvenil⁽¹³⁾ e em grupos específicos: de escolares⁽¹⁴⁾, de prematuros e baixo peso⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, vítimas de violência familiar⁽¹⁸⁾, com anemia⁽¹⁹⁾ e com antecedentes de desnutrição⁽²⁰⁾. Não foram encontrados dados relacionados especificamente ao nível terciário. Os estudos foram realizados em diferentes regiões geográficas, tais como, Maceió (AL)⁽²⁾, Recife (PE)⁽³⁾, Piracicaba (SP)⁽¹¹⁾, São Paulo (SP)⁽¹²⁻¹⁵⁾, Ribeirão das Neves (MG)⁽¹³⁾, Porto Alegre (RS)⁽¹⁴⁾, Rio de Janeiro (RJ)⁽¹⁸⁾, Belo Horizonte (MG)⁽¹⁹⁾ e Arapiraca (AL)⁽²⁰⁾.

Trabalho de Conclusão de Curso realizado no Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

(1) Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

(2) Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Patrícia Pupin Mandrá. R. Walter Barreto Costa, 337, Brodowski (SP), Brasil, CEP: 14340-000. E-mail: ppmandra@fmrp.usp.br

Recebido em: 4/12/2009; **Aceito em:** 9/9/2010

A análise documental retrospectiva foi o método utilizado para obter os dados referentes   demanda atendida pelos serviços de Fonoaudiologia relacionados ao g nero, faixa etária, procedência, altera es de linguagem^(2,3-13) e conduta de encaminhamento^(2,3). Estudos também levantaram as queixas mais frequentes^(3,13) e o tempo de espera para atendimento⁽²⁾. Os resultados indicaram a maior ocorrência de altera es de linguagem em meninos^(2,3-13), com faixa etária variando entre 0 e 11 anos⁽³⁾, 4 a 9 anos⁽¹¹⁾, 5 a 10 anos⁽¹³⁾, 6 a 12 anos⁽¹²⁾ e média de 15,3 anos⁽²⁾, maior frequência de diagnóstico de transtornos de fala^(2,12) e de queixa de altera o na fala⁽¹³⁾. Em uma clínica escola do setor primário verificou-se que o tempo de espera para o atendimento era de 7,04 meses em média⁽²⁾ e durante o processo de diagnóstico de linguagem os usuários foram encaminhados para a Audiologia (32%) e Otorrinolaringologia (22,1%). Em um serviço de reabilita o conveniado ao SUS, constatou-se que 25,01% dos casos avaliados vieram de Pediatras e 16,31% de Otorrinolaringologista⁽³⁾.

Pesquisas identificaram comorbidade entre as altera es de linguagem oral e escrita e a presença de otites m dias⁽²¹⁻²³⁾, prematuridade e/ou de baixo peso⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM)⁽²⁴⁾ e a epilepsia⁽²⁵⁾. Autores sugerem que a ocorrência dessas altera es coloca o desenvolvimento dos aspectos formais da linguagem em risco^(15-17,24,25).

Não foram encontrados levantamentos relacionados especificamente a serviços de Fonoaudiologia hospitalar na área de linguagem infantil. Assim, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil diagnóstico e o fluxo dos usuários atendidos no serviço de Fonoaudiologia de um hospital público.

MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comit  de  tica em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) no dia 14 de outubro de 2008, sob protocolo n 10033/2008. A amostra analisada foi constituída de documentos institucionais conservados em arquivos de prontuários de usuários atendidos pela Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas, na área de Linguagem Infantil, no período de outubro de 2007 a março de 2009, pois em 2007 ocorreu a informatiza o dos documentos (prontuários). A sele o dos documentos foi feita com a pesquisa dos códigos de cadastro no sistema institucional, 711 (linguagem infantil neurológico) e 718 (linguagem infantil/outras serviços). Os prontuários de usuários desligados do serviço antes da conclusão do diagnóstico e dos que não continham anota es quanto a algum dos itens pesquisados foram excluídos da amostra.

Os prontuários foram analisados em uma sala específica do hospital e os dados registrados em protocolo elaborado para esse fim. As variáveis selecionadas para análise foram: g nero, idade, escolaridade, diagnóstico, incidência, prevalência, conduta, comorbidade e fluxo da demanda. Os  ndices de prevalência e incidência, para o período estudado, foram calculados utilizando as seguintes fórmulas: preval ncia=n mero total de casos/popula o avaliada, e incid ncia=n mero total de casos novos/unidade de intervalo de tempo⁽⁶⁾. A análise foi descritiva, por meio de distribui o de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Foram selecionados e revisados 479 prontuários cadastrados pelos códigos 711 e 718 no período de 17 meses, porém 43% (n=206) da amostra foi excluída, dentre esses 61,1% (167) por não conter anota o quanto a escolaridade. Consequentemente, a amostra analisada foi de 273 prontuários.

Constatou-se prevalência de 0,68 para o g nero masculino e de 0,32 para o feminino, com faixa etária distribuída entre 0 e 14 anos e 4 meses, com 83,82% com idades entre 3 anos e 14 anos e 11 meses. A Tabela 1 representa os dados referentes ao g nero, faixa etária e escolaridade da popula o estudada.

Tabela 1. Perfil dos usuários quanto ao g nero, faixa etária e escolaridade

Variáveis	n	%
G�nero		
Masculino	185	67,8
Feminino	88	32,2
Faixa etária		
0 a 2 anos e 11 meses	44	16,11
3 a 6 anos e 11 meses	117	42,84
7 a 14 anos e 11 meses	112	40,98
Escolaridade		
Sem informa�o	167	61,1
Não frequenta	14	5,12
Frequenta	106	38,78
Tipo de ensino ou série		
Pré-escola	4	3,77
1� a 6� séries	26	28,2
Sem anota�o série	63	68,4
Escola especial	13	14,13
Total	279	100

A incidência de altera es de linguagem foi de 28,17 casos ao mês. Verificou-se o predomínio do diagnóstico de atraso de linguagem, seguido do distúrbio da linguagem e distúrbio de aprendizagem (Figura 1), com prevalências de 0,31, 0,17 e 0,22 casos respectivamente. O diagnóstico fonoaudiológico estava associado a outra doença, em 76,9% (n=209) (Tabela 2).

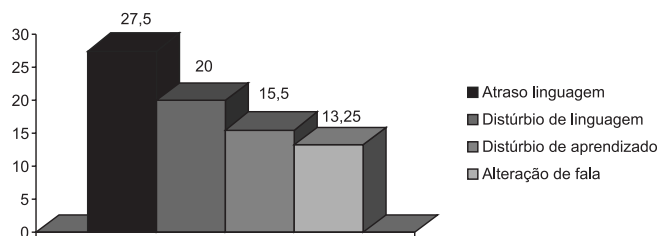


Figura 1. Percentual de diagnóstico fonoaudiológico

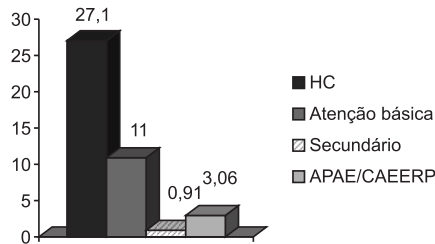
Após os procedimentos de avalia o e diagnóstico, a interven o fonoaudiológica foi indicada para 94,84% dos casos, e os usuários encaminhados para institui es conforme dados registrados na Figura 2. Destaca-se que 51,64% aguardavam por

Tabela 2. Percentual de comorbidades

Comorbidades	%
Síndromes diversas	3,72
TDHA e distúrbio do comportamento	5,89
Otitis	7,45
Prematuridade	8,69
Infecção de vias áreas superiores	12,41
RDNPM	14,28
Doenças neurológicas	22,33
Total	76,9

Legenda: TDHA = transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; RDNPM = retardo do desenvolvimento neuropsicomotor

reabilitação no serviço. Durante o período estudado 38,51% dos usuários foram encaminhados internamente para outras áreas de especialidade da Fonoaudiologia, Audiologia (28,43%), Motricidade Orofacial (8,25%) e Voz (1,83%), e para áreas da saúde como Odontologia (20,18%), Otorrinolaringologista (7,33) e Psicologia (6,42%). E, 32,09% foram encaminhamentos para profissionais de outras unidades de saúde.



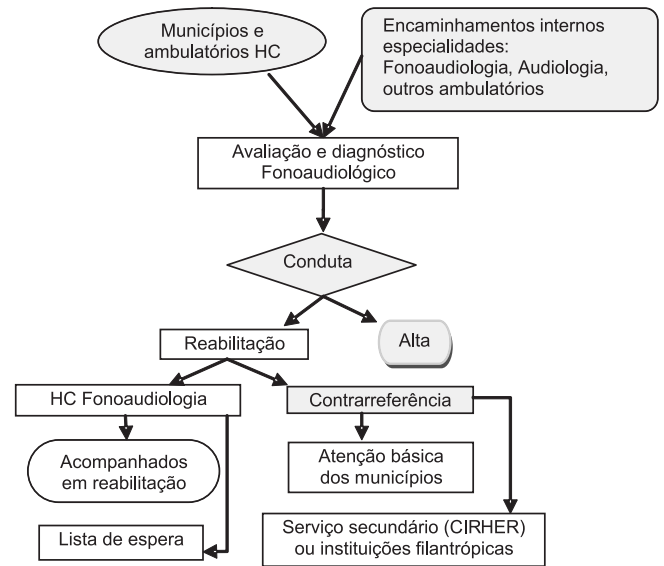
Legenda: HC = Hospital das clínicas; APAE = Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; CAEERP = Centro de Atividades Educacionais Especiais de Ribeirão Preto

Figura 2. Percentual de encaminhamento para intervenção

Quanto ao fluxo (Figura 3) observou-se que os usuários chegaram ao serviço a partir de encaminhamentos de diversos ambulatórios (especialidades da saúde) do próprio hospital, com o predomínio de encaminhamentos realizados pela Neurologia (43,2%), seguido da Otorrinolaringologia (26,39%) e Pediatria (9,15%). Os usuários atendidos eram provenientes de diversas cidades do estado de São Paulo, pertencentes a diferentes Departamentos Regionais de Saúde (DRS), como: DRS III (Região de Araraquara) com 1,82% dos pacientes, DRS V (Região de Barretos) com 1,44% dos pacientes, DRS VIII (Região de Franca) com 5,81% dos pacientes, DRS X (Região de Piracicaba) com 0,73% dos pacientes, DRS XIII (Região de Ribeirão Preto) com 88,48% dos pacientes, DRS XIV (Região de São João da Boa Vista) com 1,09% e DRS XVII (Região de Taubaté) com 0,36% dos pacientes. Dos 88,48% usuários pertencentes a DRS XIII, composta por 26 municípios, 50,9% eram procedentes do município de Ribeirão Preto (Figura 4).

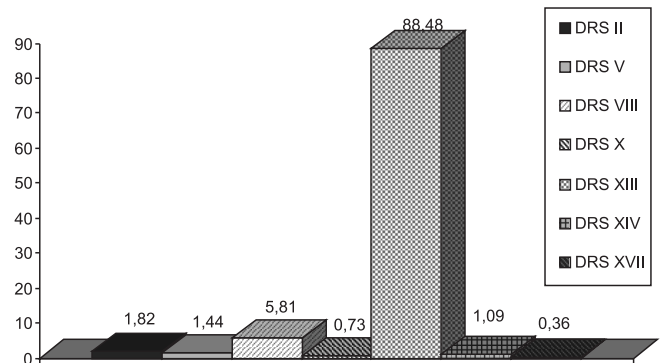
DISCUSSÃO

O predomínio de meninos com distúrbios da comunicação infantil foi encontrado em diversos estudos com percentual



Legenda: HC = Hospital das Clínicas; CIRHER = Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto

Figura 3. Fluxograma de demanda para o Hospital das Clínicas



Legenda: DRS = Departamento Regional de Saúde

Figura 4. Percentual de usuários em relação a DRS de origem

variando entre 54% a 66%^(2,3,13), o que vem ao encontro do perfil dos usuários do serviço, pois 67,8% eram meninos. As justificativas encontradas estão vinculadas a fatores biológicos (genéticos) e sociais^(3,12-15,23,24).

O diagnóstico ocorreu entre o nascimento e 6 anos e 11 meses em 76,53% dos usuários. Dados semelhantes já foram descritos^(2,3), porém outros autores identificaram a ocorrência do diagnóstico na faixa etária entre 5 e 10 anos (60%)⁽¹³⁾ e 6 e 12 anos (72%)⁽¹²⁾. A variação da idade em que aconteceu o diagnóstico poderia ser justificada por diversos fatores, tais como, a origem do transtorno de linguagem (desenvolvimental ou adquirido), tempo entre a percepção do problema e a procura pelo atendimento, tempo de espera para receber atendimento no serviço público e pela setorialização dos níveis de atenção a saúde. Não se pode esquecer que os transtornos de linguagem devem ser identificados precocemente, principalmente em grupos em risco para ao desenvolvimento⁽¹⁵⁻²⁰⁾ para que haja possibilidade de intervenção fonoaudiológica.

Resultados de pesquisas^(14,21) já indicaram maior percen-

tual de casos de atraso de linguagem como neste estudo. Na amostra pesquisada constatou-se uma comorbidade de 76,9% e as associa es de maior ocorrência foram com doenças neurológicas, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM) e prematuridade, o que vem ao encontro do maior número de encaminhamentos realizados pelo Ambulatório de Neurologia (43,2%). O hospital em questão   referência para o acompanhamento de gesta es de médio e alto risco, bem como para os partos. Em gesta es de risco, mesmo quando acompanhadas, há grande chance dos beb s nascerem prematuros, e/ou com baixo peso, e/ou problemas graves de sa de^(15-17,24) condi es consideradas de risco para o desenvolvimento global e de linguagem.

Já a comorbidade com as otites, encontrada entre os usuários, poderia ocasionar perdas auditivas de grau leve a moderado, o que poderia originar uma estimula o sonora inconsistente do sistema nervoso auditivo central, dificultando a percep o dos sons da fala, e assim poderiam cursar com as altera es de linguagem e/ou fala^(22,23).

O alto número de pacientes na lista interna de espera (51,67%) poderia estar relacionado a dois cenários. O primeiro interno, pois, apesar de contar com 14 fonoaudiólogos⁽¹⁰⁾, distribuídos em diversas especialidades, durante o período estudado, dois eram especialistas em Linguagem Infantil e, portanto, não havia recursos humanos suficientes para atender a toda a demanda diagnosticada. E o segundo, externo,

associado   quantidade insuficiente de fonoaudiólogos nas unidades/cidades de origem e   organiza o do fluxo de demanda nos níveis de aten o, situa o já identificada em estudo anterior⁽¹⁰⁾ realizado nos municípios da DRSXIII com sede em Ribeirão Preto, SP. Na literatura encontramos men o ao elevado tempo de espera em lista para atendimento público do primeiro setor⁽²⁾.

Quanto ao fluxo, podemos considerar que a falta de critérios previamente estabelecidos, com base em níveis de complexidade, faz com que o serviço esteja aberto a atender casos que poderiam ser resolvidos na aten o básica, conforme princípios do SUS^(2-5,10). Portanto, a cria o de modelos de regula o para os serviços de Fonoaudiologia de acordo com o nível de complexidade⁽¹⁰⁾   condi o importante para o acesso da popula o e para o aumento da resolutividade⁽¹⁻³⁾ e, conseqüentemente, a diminui o do tempo de espera pelo atendimento.

CONCLUSÃO

O perfil dos usuários do serviço terciário de Fonoaudiologia em questão foi de meninos, com idade 0 e 7 anos, frequentando escola, encaminhados pelo serviço de Neurologia, com maior ocorrência de atraso de linguagem e comorbidade em 76,9% dos usuários. O fluxo era proveniente dos municípios da DRS XIII, conforme princípios da regionaliza o dos serviços.

ABSTRACT

Purpose: To characterize the diagnostic profile and the users flow of a Speech-Language Pathology service within a public teaching hospital. **Methods:** Data were collected from documents and medical records selected by code between October 2007 and March 2009. Data were subjected to descriptive statistics. **Results:** There was a predominance of male individuals (67.80%); 58.95% of the patients/participants were children within the age range from 0 to 7 years; 88.48% came from cities in the northern region of the state of São Paulo; 43.2% were referred by the hospital's neurology service, and 33.6% were attending school. The diagnosis was language delay in 27.5% of cases, language disorder in 20.06%, and learning disorders in 15.51%, with prevalence rates of 0.31, 0.17 and 0.23 in 273 cases, respectively. The co-morbidities were delayed motor development (14.28%) and prematurity (8.69%). The referrals were for Audiology (24.77%) and Dentistry (20.18%), and 51.64% of the users were on the waiting list for treatment on site. **Conclusion:** It was prevalent the diagnosis of language delay in male children with ages between 0 and 6 years and 11 months. It was identified an external flow coming from nearby cities and an internal flow (outpatient). Part of the demand was absorbed by the institution's Speech-Language Pathology Service, and part was in the waiting list or was counter-referred to their units of origin for follow-up.

Keywords: Universal Health Care System; Health care services; Outpatient clinics, hospital; Outpatients; Epidemiology; Child language

REFERÊNCIAS

1. Souza RR, Campagnoni M, Azevedo CN, organizadores. Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da aten o básica. São Paulo: SES/SP; 2009.
2. Lima BPS, Guimarães JATL, Rocha MCG. Características epidemiológicas das altera es de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008;13(4):376-80.
3. Barros PML, Oliveira PN. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. *Rev CEFAC.* 2010;12(1):128-33.
4. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema  nico de Saúde – SUS. *Rev CEFAC.* 2009;11(3):516-21.
5. Lessa F. Fonoaudiologia e epidemiologia. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 527-37.
6. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
7. Mendes VLF. Acesso   saúde em fonoaudiologia. In: Befi-Lopes DM, organizadora. Fonoaudiologia na aten o primária   saúde. São Paulo: Lovise; 1997. p. 43-56.

8. Goulart BNG, Chiari BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica: contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2006;11(3):194-204.
9. Petribú K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(Supl 2):17-20.
10. Mandrá PP, Ribeiro RA. Organização do serviço de fonoaudiologia no município de Ribeirão Preto [resumo]. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008;13(Supl):467.
11. Gonçalves CGO, Lacerda CBF, Perotino S, Mugnaine AMM. Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica-escola e o atendimento na Prefeitura Municipal. *Pró-Fono.* 2000;12(2):61-6.
12. Freire RM. Fonoaudiologia em saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1992;26(3):179-84.
13. César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão da Neves - MG. *Rev CEFAC.* 2007;9(1):133-8.
14. França MP, Wolff CL, Moojen S, Rotta NT. Aquisição da linguagem oral: relação e risco para a linguagem escrita. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62(2B):469-72.
15. Isotani SM, Azevedo MF, Chiari BM, Perissinoto J. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. *Pró-Fono.* 2009;21(2):155-60.
16. Guedes ZCF. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008;13(1):97-8.
17. Gama AP, Gesualdi KC, Ávila RM, Ribeiro RO, Petraconi RC, Friche AAL, et al. Avaliação da fala e da linguagem de crianças prematuras. *Rev Biol Ciênc Terra.* 2001;1(2):30-40.
18. Noguchi MS, Assis SG, Malaquias JV. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono.* 2006;18(1):41-8.
19. Santos JN, Lemos SMA, Rates SPM, Lamounier JA. Habilidades auditivas e desenvolvimento de linguagem em crianças. *Pró-Fono.* 2008;20(4):255-60.
20. Lima LM, Queiroga BAM. Aquisição fonológica em crianças com antecedentes de desnutrição. *Rev CEFAC.* 2007;9(1):13-20.
21. Balbani APS, Montovani JC. Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em crianças. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(5):391-6.
22. Wertzner HF, Pagan LO, Galea DES, Papp ACCS. Características fonológicas de crianças com transtorno fonológico com e sem histórico de otite média. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(1):41-7.
23. Wertzner HF, Pagan LO, Gurgueira AL. Influência da otite média no transtorno fonológico: análise acústica da duração das fricativas do português brasileiro. *Rev CEFAC.* 2009;11(1):11-9.
24. Halpern R, Barros FC, Horta BL, Victora CG. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. *Cad Saúde Pública.* 1996;12(Supl 1):73-8.
25. Ferreira DM, Toschi LS, Souza TO. Distúrbios de linguagem e epilepsia. *Estudos.* 2006;33(5/6):455-71.