

Isadora Altero Longo¹
Gabriella Gonçalves Tupinelli¹
Caroline Hermógenes¹
Laís Vignati Ferreira¹
Daniela Regina Molini-Avejonas¹

Descritores

Atenção Primária à Saúde
Linguagem Infantil
Prevenção Primária
Saúde Pública
Fonoaudiologia

Keywords

Primary Health Care
Child Language
Primary Prevention
Public Health
Speech, Language and Hearing
Sciences

Endereço para correspondência:
Daniela Regina Molini-Avejonas
Universidade de São Paulo – USP
Rua Cipotânia, 51, Cidade
Universitária, Butantã, São Paulo (SP),
Brasil, CEP: 05360-160.
E-mail: danielamolini@usp.br

Recebido em: Abril 27, 2016

Aceito em: Maio 18, 2017

Prevalência de alterações fonoaudiológicas na infância na região oeste de São Paulo

Prevalence of speech and language disorders in children in the western region of São Paulo

RESUMO

Objetivo: Identificar as alterações fonoaudiológicas em crianças residentes na região oeste de São Paulo; verificar as associações entre a hipótese diagnóstica (HD) e a faixa etária, o gênero e a origem do encaminhamento; e investigar o grau de concordância entre a queixa e a HD no momento da triagem fonoaudiológica. **Método:** Estudo epidemiológico observacional, desenvolvido em um laboratório de Atenção Primária à Saúde. Realizou-se o levantamento de 525 prontuários de crianças atendidas entre 2002 e 2011. As variáveis analisadas foram: gênero e idade da criança; origem do encaminhamento, queixa relatada pelos pais, HD fonoaudiológica e conduta estabelecida. **Resultados:** Houve predomínio de crianças do gênero masculino (68,3%), da faixa etária entre 3 anos e 5 anos e 11 meses (48,7%), encaminhadas por um profissional da Área da saúde (51,9%) e com mais de uma queixa referida pelos pais (26,1%). As HDs fonoaudiológicas mais frequentes foram *Transtorno Fonológico* (22,9%) e *Mais de uma Hipótese* (19,4%). A maioria das crianças foi encaminhada à própria clínica-escola em que foi realizada a triagem (77,9%). Houve associação entre HD fonoaudiológica e as variáveis faixa etária ($p < 0,001^*$), gênero ($p = 0,008^*$) e origem dos encaminhamentos ($p < 0,001$). O grau de concordância entre as queixas e as HDs foi moderado. **Conclusão:** Comprovou-se que há diferentes HDs fonoaudiológicas de acordo com a faixa etária, o gênero e a origem dos encaminhamentos. Recomenda-se a utilização de *screening* fonoaudiológico em conjunto com as informações fornecidas pelos pais para rastreamento das alterações fonoaudiológicas.

ABSTRACT

Purpose: To establish the speech-language disorders in children living in the western region of São Paulo; to assess associations between diagnosis hypotheses (DH) and the age, gender and origin of referral; and to investigate the degree of agreement between the complaint and the DH at the moment of speech-language screening. **Methods:** Observational epidemiological study conducted at a laboratory of Primary Health Care. A survey of 525 medical records of children between 2002 and 2011 was conducted. The following variables were analyzed: gender and age of the child; origin of referral, complaint reported by parents, diagnosis hypothesis and referrals. **Results:** There was a predominance of male children (68.3%) and of the age group between 3 and 5 years and 11 months (48.7%), referred by a health professional (51.9%) and with more than one complaint reported by parents (26.1%). The most frequent DH were Phonological Disorder (22.9%) and more than one Diagnosis Hypothesis (19.4%). Most children were referred to a clinic-school where screening was performed (77.9%). There was an association between DH and the variables age ($p < 0.001^*$), gender ($p = 0.008^*$) and origin of referrals ($p < 0.001$). The degree of agreement between complaints and DHs was moderate. **Conclusion:** It has been proven that there are different DHs according to age, gender and origin of referrals. The use of speech-language screening with the information provided by parents for tracking of speech pathology is recommended.

Trabalho realizado no Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Universidade de São Paulo – USP - São Paulo (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Processo n°: 2011/00699-9).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A audição, fala e linguagem têm um papel importante no desenvolvimento social, emocional, comportamental e cognitivo da criança. O desenvolvimento de fala e linguagem na criança é um processo dinâmico; as causas de suas alterações podem ser variadas⁽¹⁾ e os sinais, seja de forma isolada ou em conjunto, podem envolver dificuldades com a gramática (sintaxe), vocabulário (semântica), regras do sistema linguístico (fonologia), unidades de palavras significantes (morfologia), o uso social da linguagem (pragmática), a fluência e motricidade orofacial. O conhecimento epidemiológico dessas alterações fornece o suporte para a implementação de ações organizadas, a fim de minimizar seus efeitos⁽²⁾. Desta forma, é importante que pediatras, pesquisadores e gestores de saúde tenham conhecimento da prevalência e incidência das alterações fonoaudiológicas infantis⁽³⁾.

Na literatura internacional sobre a prevalência dos distúrbios da comunicação, sabe-se que entre os pré-escolares e escolares, 2,44% apresentam desordens da comunicação; que 61% de crianças com 24 meses de idade apresentam alteração de linguagem expressiva; que, entre 13% e 22% das crianças, o atraso de linguagem estava associado com outras alterações neurodesenvolvimentais^(4,5). A linguagem expressiva é o domínio de maior preocupação para a maioria dos pais canadenses de crianças de 4 a 6 anos de idade⁽⁶⁾. Portanto, é consenso na literatura internacional a importância da triagem fonoaudiológica nos primeiros anos de vida e a rejeição da prática do “*esperar para ver*” adotada por pais e por alguns profissionais da saúde e educação.

No Brasil, em um estudo sobre a distribuição dos distúrbios de comunicação em crianças atendidas em um Ambulatório de Fonoaudiologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS)⁽⁷⁾, foi identificado que 352 crianças apresentavam pelo menos um distúrbio de comunicação de manifestação primária; sendo que 61% eram do gênero masculino e com idade predominante entre 3 anos e 6 anos e 11 meses. E que, aos dois anos, predominou o diagnóstico de alteração do desenvolvimento da linguagem; dos 3 aos 8 anos, o transtorno fonológico; e, aos 9 anos, alteração de leitura e escrita.

Em estudo anterior, os autores desta presente pesquisa, analisaram 503 prontuários, de usuários da clínica fonoaudiológica da FMUSP e encontraram predominância de indivíduos com até 5 anos de idade e do gênero masculino⁽⁸⁾. Sendo assim, faz-se necessário um estudo mais aprofundado desta população infantil.

O conhecimento da frequência de ocorrência das alterações fonoaudiológicas, segundo gênero, faixa etária e origem de encaminhamento^(9,10), pelos profissionais da área da saúde, principalmente os pediatras, bem como pelos órgãos governamentais, é extremamente importante para minimizar os efeitos negativos dessas alterações o mais cedo possível. Ressalta-se que os estudos que analisam a adequação do modelo assistencial da instituição e que sugerem ações de maior impacto na saúde da população envolvida, de acordo com o meio ambiente⁽¹¹⁾ e as necessidades temporais⁽¹²⁾, também podem contribuir para a implementação das ações.

Neste cenário, os objetivos deste estudo foram: estabelecer o perfil epidemiológico das alterações fonoaudiológicas em crianças residentes na região oeste da cidade de São Paulo, em um período de 10 anos; verificar as associações entre a hipótese diagnóstica e a faixa etária, o gênero e a origem do encaminhamento; e investigar

o grau de concordância entre a queixa e a hipótese diagnóstica no momento da triagem fonoaudiológica.

MÉTODO

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (número 072/11), este estudo do tipo epidemiológico observacional, descritivo e retrospectivo foi realizado por meio de levantamento de 524 prontuários de usuários crianças. Foram incluídos todos os prontuários de crianças de 0 a 11 anos completos, residentes na região oeste de São Paulo e atendidas na Clínica de Fonoaudiologia da Universidade de São Paulo, no período compreendido entre 2002 e 2011. O único critério de exclusão foi a não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As crianças e seus responsáveis foram submetidos durante os anos citados acima, respectivamente, a uma avaliação informal e a uma entrevista com formulário específico. Foram utilizados: Folha de Identificação, Protocolo de Triagem que aborda questões fechadas e abertas sobre os aspectos linguísticos (fonologia, morfossintaxe e semântica), da pragmática, da audição, da leitura e escrita, do sistema miofuncional orofacial, da fluência e da voz; e o teste de linguagem infantil ABFW⁽¹³⁾, englobando avaliações específicas das áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática para análise. Depois da aplicação destes instrumentos, a hipótese diagnóstica e o encaminhamento mais adequado foram traçados. Todos os procedimentos foram realizados por fonoaudiólogo especializado em saúde pública e funcionário da Clínica de Fonoaudiologia da Universidade de São Paulo. Todas as informações foram registradas no prontuário.

Foram coletados nos prontuários os dados referentes a: gênero e idade da criança (classificada pelas faixas etárias Primeiríssima Infância: 0 a 2 anos e 11 meses, Primeira Infância: 3 a 5 anos e 11 meses e Segunda Infância: 6 a 11 anos e 11 meses); origem do encaminhamento (de profissional da saúde, da educação; demanda espontânea e outros), queixa relatada pelos pais, hipótese diagnóstica fonoaudiológica e conduta estabelecida.

Com relação à variável queixa, as informações fornecidas pelos pais foram transcritas exatamente com as palavras do informante. E, posteriormente, com o consenso de duas pesquisadoras, as queixas foram categorizadas e incluídas em uma das seguintes áreas: fonologia (exemplo: “troca sons na fala”), fluência (exemplo: “ele gagueja”), linguagem (exemplos: “ele come letras, troca palavras e tem dificuldade na formação de frases”; “ele não fala”), motricidade orofacial (exemplo: “fala, mas puxa a língua para a frente quando fala e engole”), audição (exemplo: “ele não fala e não ouve nada”), leitura e escrita (exemplo: “ele tem dificuldade para ler e escrever”), voz (exemplo: “fica rouco”), sem queixa (exemplo: mãe não tem queixa; mas, a professora (sic mãe) refere que ele fala muito alto) e mais de uma queixa (exemplo: “gagueja e troca letras”).

A Hipótese Diagnóstica (HD) Fonoaudiológica foi categorizada como⁽¹⁴⁾:

- Transtorno Fonológico: “dificuldade de fala, caracterizada pelo uso inadequado dos sons, de acordo com a idade e com as variações regionais, que podem envolver erros na produção, na percepção ou na organização dos sons”, comprometendo a inteligibilidade de fala.

- Gagueira: “rupturas involuntárias do fluxo da fala, caracterizadas por repetições de sons e de sílabas, prolongamentos de sons, bloqueios, pausas extensas e intrusões nas palavras.”
- Alteração da Linguagem Oral: pode fazer parte das manifestações de diversos quadros que afetam o desenvolvimento infantil (síndromes; comprometimento neurológico; transtorno do espectro do autismo); as manifestações podem não ser desviantes do desenvolvimento típico (atraso na aquisição e desenvolvimento de linguagem); e podem apresentar as seguintes características na compreensão e/ou na produção da língua oral: simplificações fonológicas, vocabulário restrito, estruturação gramatical simplificada.
- Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial: “alterações de respiração, mastigação, deglutição” e ceceio.
- Alteração Auditiva: perda auditiva (condutiva e/ou neurosensorial) de qualquer grau e configuração audiométrica, que resulta na dificuldade de detectar, reconhecer e compreender a fala.
- Alteração de Leitura e Escrita: “alterações nas habilidades cognitivo-linguísticas de origem genético-neurológica”; e que, comprometem as atividades de leitura e de produção da escrita.
- Disfonia: “distorções vocais provenientes da fonte glótica (sinal laríngeo) como aquelas provenientes do filtro (ressonância do trato vocal)”.
- Sem Alterações.
- Mais de Uma Alteração: apresenta mais de uma alteração citada anteriormente.

Relativo à variável Conduta, os responsáveis pela criança receberam orientação fonoaudiológica pertinente ao momento e foi definido o local para o qual a criança deveria ser enviada para avaliação fonoaudiológica: para um laboratório específico do Curso de Fonoaudiologia (encaminhamento interno); ou para uma Unidade Básica de Saúde ou para uma Instituição (encaminhamento externo).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística no *software* SPSS 18. Foi realizada a análise descritiva dos parâmetros envolvidos e a análise inferencial foi realizada pelo teste χ^2 e pelo índice Kappa. O nível de significância adotado foi de 5% e os resultados significantes foram assinalados com asterisco.

RESULTADOS

A predominância foi de crianças do gênero masculino (68,3%) e da faixa etária entre 3 anos e 6 anos de idade (48,7%). Ressalta-se o pequeno número de crianças até 2 anos de idade (7,3%) (Tabela 1). Houve maior número de crianças encaminhadas para triagem fonoaudiológica por um profissional da Área da saúde (51,9%) (Tabela 1).

A maioria dos pais (26,1%) referiu mais de uma queixa. Foram identificadas queixas isoladas nas áreas de *Fonologia* (19,8%), de *Linguagem* (17%), *Fluência* (11,6%), *Motricidade Orofacial* (11,3%), *Leitura e escrita* (5,5%), *Voz* (2,7%), e *Audição* (1,3%). Uma pequena porcentagem de pais não tinha queixa (4,6%).

As hipóteses diagnósticas tiveram distribuições diferentes; e, as mais frequentes foram: *Transtorno Fonológico* (22,9%), *Mais de uma Hipótese* (19,4%), *Alteração do Sistema Miofuncional Oral* (16,2%) e *Alteração de Linguagem Oral* (15,1%) (Tabela 2).

Relativo à Conduta Fonoaudiológica, verificou-se que a maioria das crianças foi encaminhada internamente, para a própria clínica-escola do Curso de Fonoaudiologia onde foi realizada a triagem (77,9%).

Para a análise de associação entre a hipótese diagnóstica e as variáveis descritivas, foram necessários alguns ajustes: as 19 crianças sem alteração na triagem fonoaudiológica foram excluídas para não prejudicar as análises; e as crianças com hipótese diagnóstica de Alteração Auditiva (n=6) e Disfonia (n=11) foram agrupadas, pois, nestes dois grupos, as categorias continham poucos indivíduos e comprometiam as análises.

No caso da faixa etária, não foi possível considerar as crianças entre 0 e 2 anos devido à ausência da frequência de ocorrência em algumas categorias da hipótese diagnóstica fonoaudiológica, inviabilizando a análise. Dentre as crianças entre 0 e 2 anos (n=38), a maioria (52,6%) apresentava alteração relacionada à linguagem; 21,1% apresentavam alteração em mais de uma área; 5,3% apresentavam Transtorno Fonológico; 5,3%, Gagueira; 7,9%, Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial; e 7,9% não apresentavam alteração fonoaudiológica.

Houve associação entre a faixa etária e a hipótese diagnóstica fonoaudiológica nesta população ($p < 0,001^*$), sendo que, para Transtorno Fonológico e Alteração da Linguagem Oral, mais crianças de 3 a 6 anos foram diagnosticadas do que seria esperado ao acaso; enquanto, para Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial e Alteração de Leitura e Escrita, o mesmo ocorreu para as crianças entre 7 e 11 anos (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição do número de crianças segundo faixa etária, gênero e origem do encaminhamento (n=524)

Variável	Parâmetro	n	%
Gênero	Masculino	358	68,3
	Feminino	166	31,7
	0 - 2 anos	38	7,3
Faixa etária	3 - 5 anos	256	48,9
	6 - 11 anos	230	43,9
	Demanda espontânea	110	21,0
Origem do encaminhamento	Saúde	272	51,9
	Educação	96	18,3
	Outros	46	8,8

Tabela 2. Distribuição do número de crianças segundo a hipótese diagnóstica fonoaudiológica

Hipótese diagnóstica	n	%
Transtorno Fonológico	120	22,9
Gagueira	68	13,0
Alteração da Linguagem Oral	79	15,1
Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial	85	16,2
Alteração Auditiva	6	1,1
Alteração de Leitura e Escrita	35	6,7
Disfonia	11	2,1
Sem Alterações	19	3,6
Mais de Uma Alteração	101	19,3
Total	524	100,0

Houve associação entre o gênero e a hipótese diagnóstica fonoaudiológica nesta população ($p=0,008^*$), sendo que, para Transtorno Fonológico, mais crianças do gênero masculino foram diagnosticadas do que seria esperado ao acaso, enquanto, para Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial, o mesmo ocorreu para as crianças do gênero feminino (Tabela 3).

No caso da origem do encaminhamento, foram excluídas as crianças com hipótese diagnóstica de Alteração Auditiva e Disfonia, pois, mesmo agrupadas, sua distribuição inviabilizava a análise. Houve associação entre a origem do encaminhamento e a hipótese diagnóstica fonoaudiológica nesta população ($p<0,001^*$), sendo

que, para Transtorno Fonológico, houve mais crianças oriundas por demanda espontânea dos pais e encaminhadas por profissionais da área da educação do que seria esperado ao acaso; para Gagueira, houve mais demanda espontânea; para Alteração da Linguagem Oral e Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial, mais encaminhamentos por profissionais de saúde; e, para Alteração de Leitura e Escrita e para Mais de Uma Alteração, houve mais encaminhamento por parte de profissionais da educação (Tabela 3).

Por fim, houve um grau de concordância moderado entre as queixas referidas pelos pais e as hipóteses diagnósticas ($k=0,514$, $p<0,001$) (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição das crianças de acordo com a faixa etária, gênero, origem dos encaminhamentos e a hipótese diagnóstica fonoaudiológica

Variáveis	Hipótese diagnóstica							Total (n)	
	Transtorno Fonológico (n)	Gagueira (n)	Alteração de Linguagem (n)	Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial (n)	Alteração de Leitura e Escrita (n)	Mais de uma alteração (n)	Alteração auditiva e Disfonia (n)		
Faixa etária	3 - 5 anos	93	31	45	28	2	40	10	$X^2=92,425$ gl=6 $p<0,001^*$
	6 - 11 anos	25	35	14	54	33	53	7	
	Total	118	66	59	82	35	93	17	
Gênero	Masculino	97	48	56	47	22	64	12	$X^2=17,464$ gl=6 $p=0,008^*$
	Feminino	23	20	23	38	13	37	5	
	Total	120	68	79	85	35	101	17	
Origem do encaminhamento	Demanda espontânea	34	20	19	7	6	17	--	$X^2=66,338$ gl=15 $p<0,001^*$
	Saúde	41	33	46	65	9	50	--	
	Educação	35	8	7	8	15	22	--	
	Outros	10	7	7	5	5	12	--	
	Total	120	68	79	85	35	101	--	

*Resultados significantes ($p < 0,05$) Teste do Quiquadrado

Legenda: gl = grau de liberdade

Tabela 4. Distribuição do número de crianças segundo a queixa dos pais e hipótese diagnóstica fonoaudiológica entre 2002 e 2011

Queixa	Hipótese Diagnóstica									Total
	Transtorno Fonológico	Gagueira	Alteração de Linguagem	Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial	Alteração auditiva	Alteração de Leitura e Escrita	Disfonia	Sem alteração	Mais de uma alteração	
Fonologia	73	2	6	8	0	2	0	1	12	104
Fluência	0	57	1	0	0	0	0	0	3	61
Linguagem	12	0	56	1	0	0	0	6	14	89
Motricidade orofacial	2	0	1	48	0	0	0	1	7	59
Audição	0	0	0	1	1	0	0	3	2	7
Leitura e escrita	0	0	1	0	0	19	0	1	8	29
Voz	0	0	0	0	0	0	10	0	4	14
Sem queixa	3	0	1	9	2	1	0	2	6	24
Mais de uma queixa	30	9	13	18	3	13	1	5	45	137
Total	120	68	79	85	6	35	11	19	101	524

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi traçado o perfil epidemiológico das alterações fonoaudiológicas de 524 crianças, residentes na região oeste de São Paulo, após análise de prontuários no período entre 2002 e 2011.

Os dados obtidos revelam concordância com estudos anteriores^(9,15-18) em relação ao predomínio do gênero masculino (Tabela 1). A vulnerabilidade dos meninos no desenvolvimento cognitivo e de linguagem já é evidente nos primeiros anos de vida^(19,20). Ressalta-se que houve predominância do gênero masculino em todas as hipóteses diagnósticas estabelecidas (Tabela 3).

As crianças na faixa etária entre 3 e 5 anos e 11 meses predominaram neste perfil, corroborando outros pesquisadores paulistanos⁽¹⁰⁾ (Tabela 1): é nesta idade que os pais e os profissionais percebem mais frequentemente a alteração no desenvolvimento. Ainda falta conscientização desses profissionais sobre a possibilidade da intervenção e/ou orientação fonoaudiológica nos primeiros dois anos de vida da criança⁽²¹⁾. A identificação e estimulação o mais cedo possível aumentam as chances de um bom prognóstico. As crianças que permanecem sem diagnóstico e sem recursos para lidar com as alterações de fala e linguagem poderão vir a apresentar alteração em outros marcos importantes do desenvolvimento, tais como ler e escrever⁽²²⁾, o que pode explicar o fato do valor porcentual de crianças que apresentam mais de uma hipótese diagnóstica (19,3%) (Tabela 2).

Ressalta-se que o número reduzido de crianças com até dois anos e 11 meses de idade (n=38) limitou a análise para verificar a associação entre faixa etária e as diferentes hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas, idade esta considerada como crítica para o desenvolvimento da linguagem oral e, atualmente, considerada como Primeiríssima Infância. Sugere-se elaboração de novos estudos com crianças pequenas. A distribuição das crianças de acordo com as duas faixas etárias (3 - 5 anos e 11 meses e 6 - 11 anos e 11 meses) conforme as hipóteses diagnósticas indicou associação significativa (Tabela 3), sugerindo que diferentes fatores podem interferir nesta distribuição, tais como: a origem da alteração fonoaudiológica ser do tipo desenvolvimental ou adquirida; e, geralmente, as alterações fonoaudiológicas se apresentam associadas a outras patologias de ordem primária ou secundária a alguma outra questão de saúde⁽⁹⁾. Acrescenta-se a possibilidade da interferência do intervalo de tempo entre a percepção do problema e a data da triagem (meses ou até anos) e pelo número insuficiente de serviços de atenção primária à saúde, o que gera lista de espera.

Pesquisadores mineiros indicam que 41% da origem dos encaminhamentos são realizados por médicos⁽¹⁶⁾, dados semelhantes ao deste estudo, em que a área da saúde (que inclui médicos, fonoaudiólogos e psicólogos) foi responsável por aproximadamente 50% dos encaminhamentos (Tabela 3). Os pediatras, que cuidam de crianças e adolescentes, principalmente no aspecto preventivo do desenvolvimento neuropsicomotor, são os primeiros profissionais da saúde que podem identificar as alterações de fala, linguagem e audição, por meio de instrumentos específicos e encaminhar a criança para avaliação fonoaudiológica o mais cedo possível. Tais ações podem interferir positivamente na

qualidade de vida da criança e de seus familiares. Observou-se que a categoria Demanda Espontânea ocorreu com maior frequência (21,0%) do que os encaminhamentos feitos por profissionais da área da educação (18,3%). Os pais demonstraram preocupação com relação ao desenvolvimento de fala e linguagem de seus filhos, mesmo que tardiamente, sugerindo que a população da região oeste de São Paulo tem conhecimento razoável sobre a atuação do fonoaudiólogo. Os encaminhamentos realizados por profissionais da saúde preferencialmente receberam a hipótese diagnóstica de Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial. Já os encaminhamentos realizados pelos profissionais da educação e por demanda espontânea apresentaram a hipótese diagnóstica de Transtorno Fonológico com maior frequência que as demais.

A maior parte dos pais desta amostra relatou apenas uma queixa (73,9%), dado semelhante ao encontrado em estudo anterior⁽¹⁶⁾. E a concordância de grau moderado entre queixas referidas pelos pais e as hipóteses diagnósticas estabelecidas pelos fonoaudiólogos (Tabela 4) denota que alguns pais identificam e/ou reconhecem as alterações de fala e linguagem dos filhos⁽²³⁾. Este fato ressalta a importância da triagem fonoaudiológica e, posteriormente, da avaliação detalhada, principalmente naquelas crianças que apresentam um ou mais fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem⁽²⁴⁾ tais como fatores relacionados à família (filho único e antecedentes familiares) e relacionados à criança (prematuridade, internações por longo período, presença de hábitos orais deletérios).

As hipóteses diagnósticas isoladas estabelecidas neste estudo, em parte são semelhantes a um estudo realizado em Alagoas⁽²⁵⁾, ou seja, houve maior frequência de ocorrência de Transtorno Fonológico (22,8%); contudo, diferencia-se em outros aspectos, pois, em segundo lugar, verificou-se a Alteração do Sistema Miofuncional Orofacial (16,2%), seguida pela Alteração de Linguagem Oral (15,1%). Tal resultado evidencia a necessidade de monitoramento do perfil epidemiológico da população, nos diferentes contextos do país, independentemente da idade da criança, pois a aquisição e o desenvolvimento da fala e linguagem são processos complexos e dinâmicos que sofrem interferências de fatores intrínsecos e extrínsecos à criança.

Foram absorvidos pela clínica-escola do serviço de Fonoaudiologia da Universidade de São Paulo 77,9% dos pacientes triados, o que pode estar relacionado à insuficiente quantidade de fonoaudiólogos contratados nas unidades básicas de saúde regionais^{9,10,26}. Entende-se que o serviço de assistência fonoaudiológica prestado pela clínica-escola não tem a meta de atender a toda a demanda populacional. Esta responsabilidade é governamental, de forma que uma das ações da atenção básica fonoaudiológica visa à busca e ao direcionamento das crianças com queixas de alteração de voz, fala, linguagem e motricidade orofacial para as Unidades Básicas de Saúde, especializadas ou não. Portanto, faz-se necessário, tanto o planejamento de ações preventivas como também reabilitadoras, que se destine a amostra deste estudo, mais especificamente, para a população da região oeste de São Paulo, para que este número seja reduzido.

Uma limitação identificada neste estudo foi a não consideração da idade em que surgiu a alteração fonoaudiológica nas crianças desta amostra; foi considerada a idade no dia da triagem. Na rotina de atendimento, os pais relatam com frequência as

dificuldades para iniciar o atendimento fonoaudiológico nos postos próximos às residências e permanecem na fila de espera por meses. Sugere-se incluir a estimativa dos pais sobre a idade em que perceberam a alteração.

Para que este objetivo seja alcançado, os dados desta pesquisa foram entregues para todas as unidades básicas de saúde da região oeste de São Paulo, que se encarregarão de levá-los ao conhecimento das equipes de saúde da família e aos profissionais do NASF, para que, em comum acordo, sejam elaboradas ações para esta população.

CONCLUSÃO

Comprovou-se que as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas variam de acordo com a faixa etária, o gênero e a origem dos encaminhamentos. Houve predominância de indivíduos do gênero masculino em todas as hipóteses diagnósticas estabelecidas.

A prevalência de alteração fonoaudiológica na infância na região oeste de São Paulo foi maior para Transtorno Fonológico, seguida de casos com duas ou mais hipóteses diagnósticas concomitantes. Ao dividirmos as faixas etárias, percebe-se a prevalência de Transtorno Fonológico na Primeira Infância e de Alterações do Sistema Miofuncional Orofacial na Segunda Infância.

A faixa etária predominante deste estudo foi a de 3 a 5 anos e 11 meses de idade, confirmando que esta é a idade mais provável para que a alteração fonoaudiológica fique evidente, tanto para os familiares, como para a escola e profissionais de saúde.

Ainda falta conhecimento sobre a atuação do fonoaudiólogo nos dois primeiros anos de vida da criança, período de extrema importância para o desenvolvimento da linguagem. A identificação e estimulação o mais cedo possível aumentam as chances de um bom prognóstico e diminuem as chances de alteração em outros marcos importantes do desenvolvimento, tais como ler e escrever.

Os encaminhamentos realizados por profissionais da saúde foram mais frequentes que a busca espontânea dos pais, sendo que este último aconteceu mais vezes que os encaminhamentos realizados por profissionais da área de educação. Se refletirmos sobre o fato de que os profissionais da educação passam mais tempo com as crianças do que os profissionais da saúde, temos um ponto importante para discussão.

A concordância de grau moderado entre queixas referidas pelos pais e as hipóteses diagnósticas estabelecidas pelos fonoaudiólogos ressalta a importância do trabalho de orientação feito com os pais nas unidades básicas de saúde. Recomenda-se a utilização de *screenings* fonoaudiológicos em conjunto com as informações fornecidas pelos pais nas consultas de rotina pediátrica, para que as alterações fonoaudiológicas possam ser rastreadas o mais cedo possível.

REFERÊNCIAS

- Schirmer CR, Fontoura DR, Nunes ML. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(2, supl):S95-103. PMID:15154077. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300012>.
- Lessa F. Fonoaudiologia e epidemiologia. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, editores. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. p. 525-37.
- Samelli AG, Rondon S, Oliver FC, Junqueira SR, Molini-Avejonas DR. Referred speech-language and hearing complaints in the western region of São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2014;69(6):413-9. PMID:24964306. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014\(06\)08](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014(06)08).
- Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, Blaschtkowitz H, Heggen I, et al. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(3):223-9. PMID:18266869. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02034.x>.
- Rosenberg SA, Zhang D, Robinson CC. Prevalence of developmental delays and participation in early intervention services for young children. *Pediatrics*. 2008;121(6):e1503-9. PMID:18504295. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-1680>.
- Restall G, Borton B. Parents' concerns about their children's development at school entry. *Child Care Health Dev*. 2010;36(2):208-15. PMID:19961495. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01019.x>.
- Martins VO, Rodrigues A, Andrade RV, Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, et al. Perfil epidemiológico dos distúrbios da comunicação humana atendidos em um ambulatório de atenção primária à saúde. In: 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2008 Set 24-27; Campos de Jordão. Anais. São Paulo: SBFa; 2008.
- Molini-Avejonas DR, Estevam SF, Couto MIV. Organization of the referral and counter-referral system in a speech-language pathology and audiology clinic-school. *CoDAS*. 2015;27(3):273-8. PMID:26222945. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014158>.
- Mandra PP, Diniz MV. Caracterização do perfil diagnóstico e fluxo de um ambulatório de Fonoaudiologia hospitalar na área de Linguagem infantil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(2):121-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000200003>.
- Tamanaha AC, Oshiro LT, Kawano CE, Okumura M, Ghiringhelli R, Minaguchi T, et al. Investigando os distúrbios de aquisição de linguagem a partir das queixas. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(2):124-38. PMID:21829927. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000200008>.
- Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):726-31. PMID:17923893. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500006>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462007000100017>.
- Andrade CRF, Béfi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner WH. Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, fluência e pragmática. 2. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 2004. 98 p.
- Perissinoto J, Avila CRB. Avaliação e diagnóstico das linguagens oral e escrita. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP, organizadoras. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Roca Ltda.; 2010.
- São Paulo. Dados Demográficos dos Distritos pertencentes as Subprefeituras [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras; 2010 [citado em 2011 Nov 9]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758
- Hage SRV, Faiad LNV. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação – Universidade de São Paulo – Campus Bauru. *Rev CEFAC*. 2005;7(4):433-40.
- Costa RG, Souza LBR. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2009;8(1):53-9.
- Diniz RD, Bordin R. Demanda em fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(2):126-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000200004>.
- Harrison LJ, Mc Leod S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *J Speech Lang Hear Res*. 2010;53(2):508-29. PMID:19786704. [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2009\)08-0086](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2009)08-0086).

20. Cho J, Holditch-Davis D, Miles MS. Effects of gender on the health and development of medically at risk infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39(5):536-49. PMID:20920000. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01171.x>.
21. Massa J, Gomes H, Tartter V, Wolfson V, Halperin JM. Concordance rates between parent and teacher clinical evaluation of language fundamentals observational rating scale. *Int J Lang Commun Disord*. 2008;43(1):99-110. PMID:17852530. <http://dx.doi.org/10.1080/13682820701261827>.
22. Snowling MJ, Bishop DVM, Stothard SE. Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(5):587-600. PMID:10946751. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00651>.
23. Sachse S, Von Suchodoletz W. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(1):34-41. PMID:18300723.
24. Silva GM, Couto MI, Molini-Avejonas DR. Risk factors identification in children with speech disorders: pilot study. *Codas*. 2013;25(5):456-62. PMID:24408550. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000500010>.
25. Lima BPS, Guimarães JATL, Rocha MCG. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(4):376-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000400013>.
26. Santos JN, Gomes LBP, Souza LM, Souza NRM. Aspectos da assistência fonoaudiológica segundo a pesquisa por amostra de domicílios de Minas Gerais. *Rev CEFAC*. 2012;14:196-205. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000075>.

Contribuição dos autores

LAL coletou e tabulou os dados, participou da análise e interpretação dos dados e auxiliou na redação do artigo; GGT participou da interpretação dos dados e auxiliou na redação final do artigo; CH participou da coleta dos dados e auxiliou na redação final do artigo; LVF participou da coleta dos dados e auxiliou na redação final do artigo; DRMA elaborou o projeto de pesquisa, participou da coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.